

Erläuterungen

zur Vereinbarung über

Vordrucke für die

vertragsärztliche Versorgung

Stand: April 2024

Allgemeines	.....	5
Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	.....	8
Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung	.....	12
Muster 3: Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	.....	16
Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung	.....	17
Muster 5: Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie	.....	24
Muster 6: Überweisungsschein	.....	26
Muster 7: Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen	.....	30
Muster 8: Sehhilfenverordnung	.....	31
Muster 8A: Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	.....	31
Muster 9: Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes	.....	33
Muster 10: Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen	.....	35
Muster 10A: Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	.....	39
Muster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst	.....	41
Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege	.....	42
Muster 13: Heilmittelverordnung	.....	47
Muster 14: unbesetzt	.....	51
Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	.....	52
Muster 16: Arzneiverordnungsblatt	.....	53
Muster 17 und 18: unbesetzt	.....	58
Muster 19: Notfall-/Vertretungsschein	.....	59
Muster 20: Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	.....	60
Muster 21: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	.....	62

Muster 22:	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	63
Muster 23 und 24:	unbesetzt	64
Muster 25:	Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V	65
Muster 26:	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V.....	66
Muster 27:	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V.....	70
Muster 28:	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten.....	72
Muster 29 bis 35:	unbesetzt.....	74
Muster 36:	Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V	75
Muster 37 und 38:	unbesetzt	76
Muster 39:	Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom	77
Muster 40 bis 49:	unbesetzt.....	80
Muster 50:	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse.....	81
Muster 51:	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers ...	82
Muster 52:	Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	83
Muster 53:	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten	87
Muster 54:	unbesetzt.....	87
Muster 55:	Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	88
Muster 56:	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / für Funktionstraining.....	90
Muster 57 bis 60:	unbesetzt.....	97
Muster 61 Teil A:	Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	98
Muster 61 Teil B bis E:	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	101
Muster 62A:	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	114

Muster 62B:	Verordnung außerklinischer Intensivpflege.....	118
Muster 62C:	Behandlungsplan.....	124
Muster 63:	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	127
Muster 64	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V	129
Muster 65:	Ärztliches Attest Kind	135
Muster 66 bis 69:	unbesetzt.....	137
Muster 70:	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten	138
Muster 70A:	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten	140
Muster 71 bis 84:	unbesetzt.....	140
Muster 85:	Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V.....	141
Muster 86:	Weiterleitungsbogen für angeforderte Informationen an den MD.....	142
Muster 87 bis 99A	unbesetzt	142

Allgemeines

1. Die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung gelten inhaltlich und auch in der Gestaltung einheitlich im gesamten Bundesgebiet. Der Vertragsarzt darf nur solche Vordrucke verwenden, die ihm von seiner Kassenärztlichen Vereinigung oder von sonst autorisierten Stellen zur Verfügung gestellt worden sind.

Die Verwendung der Vordrucke durch Psychotherapeuten ist auf die Vordrucke beschränkt, in denen Leistungen verordnet werden, die Psychotherapeuten nach gesetzlichen Bestimmungen oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses veranlassen dürfen.

2. Ganz besonders wird darauf hingewiesen, dass alle Vordrucke erst nach ihrer Ausfüllung – **nicht blanko** – unterschrieben werden dürfen.
3. Die **Weitergabe von Vordrucken** an Nichtvertragsärzte und andere Personen sowie die Verwendung in der Privatpraxis sind unstatthaft.
4. Die zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind **so sorgfältig aufzubewahren**, dass eine missbräuchliche Verwendung ausgeschlossen ist.

Der Vertragsarzt haftet für schuldhafte Verletzung seiner Sorgfaltspflicht.

5. Die Vordrucke sind **vollständig, sorgfältig und leserlich auszufüllen**, vom Vertragsarzt mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und **persönlich zu unterzeichnen**. Die Unterschrift darf nicht mittels roter Farbe erfolgen. Die persönliche Unterschrift des abrechnenden Arztes auf den Abrechnungsscheinen kann entfallen, wenn an ihrer Stelle eine vereinbarte und von der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt gegebene Sammelerklärung abgegeben wird.

Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des Vertragsarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits eingedruckt ist. Bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen kann auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken, wenn die Erstellung der Abrechnung mittels EDV erfolgt, der Inhalt des Vertragsarztstempels an der dafür vorgesehenen Stelle eingedruckt werden.

Im Personalienfeld der Vordrucke müssen die Betriebsstätten-Nr. und die Arzt-Nr. numerisch linksbündig ausgedruckt werden. Eine Verwendung anderer Zeichen, wie z. B. „-“, „/“ oder „blank“ (= Leerzeichen) ist wegen der maschinellen Lesung nicht statthaft.

Auch bei der Ausfüllung der Vordrucke **mittels EDV** hat die Beschriftung zeilen- und spaltengerecht zu erfolgen, wobei geringfügige Abweichungen hinsichtlich der Zeilengenauigkeit toleriert werden.

6. Wird die elektronische Gesundheitskarte vorgelegt, überträgt der Arzt die Daten maschinell auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung unter Verwendung eines Kartenterminals sowie in Verbindung mit seiner Praxis-EDV. Bei Hausbesuchen füllt der Arzt das Personalienfeld manuell aus, wenn ihm keine entsprechend vorbereiteten Vordrucke vorliegen.

Zu den über die elektronische Gesundheitskarte ausgedruckten numerischen Angaben ist folgendes anzumerken:

Hinter dem Kassennamen im Personalienfeld wird eine zweistellige Nummer angegeben. Diese beinhaltet eine eindeutige Zuordnung des Wohnorts der Versicherten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Im Statusfeld wird obligat die Versichertenart, optional die besondere Personen- gruppe und optional das DMP-Kennzeichen gedruckt. Nähere Informationen zur Verwendung der Versichertenstammdaten sind in der Technischen Anlage zur Anlage 4a BMV-Ä aufgeführt.

Ferner enthält das Personalienfeld das Ausstellungsdatum und optional das Datum an dem der Versicherungsschutz endet. Letzteres wird unterhalb des Geburtsdatums im Adressfeld eingedruckt.

Näheres über die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Arzt- praxis sowie über das Ersatzverfahren bei Nichtvorlage der Karte oder aus an- deren Gründen ist der Anlage 4a BMV-Ä der „Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte“ zu entnehmen.

7. Bei der Transformation unterschiedlicher Kartentypen und Versichertenstamm- daten-Versionen muss die von der KBV vorgegebene Umsetztabelle in aktueller Version verwendet werden. Näheres über die Datentransformation ist in der An- lage 4a BMV-Ä zu entnehmen.

8. Leistungen nach SGB XIV (Soziales Entschädigungsrecht – SER):

Bei Vorliegen einer anerkannten gesundheitlichen Schädigung (Schädigungs- folge) ist dies entsprechend zu kennzeichnen. Darunter werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die im Zusammenhang mit Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, der Ableistung des Zi- vildienstes und Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe stehen und für die eine Schädigungsfolge von der Verwaltungsbe- hörde anerkannt ist. Vor dem 31.12.2023 anerkannte gesundheitlichen Schädi- gungen auf Grundlage folgender bis dahin geltender Entschädigungsgesetze

- Bundesversorgungsgesetz (BVG),
- Infektionsschutzgesetz (IfSG),
- Opferentschädigungsgesetz (OEG)
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie
- Zivildienstgesetz (ZDG)

erhalten ebenfalls diese Kennzeichnung.

Der Patient hat dem verordnenden Vertragsarzt einen Nachweis über die aner- kannte Schädigungsfolge bei der Inanspruchnahme von Leistungen vorzulegen. Eine Verordnung im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts ist auf die an- erkannte Schädigungsfolge beschränkt und von der Zuzahlung befreit

9. Bei **Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen** können nur die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruck e01), 4 (Verordnung einer Krankenförderung) und 16 (Arzneiverordnungsblatt) verwendet werden. Das Ankreuzfeld „**Unfall/Unfallfolgen**“ ist nicht bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten usw. zu verwenden, sondern nur bei sonstigen Unfällen (z. B. Haus-, Sport-, Verkehrsunfällen).
10. Die Vordrucke sind jeweils unten rechts nummeriert, wobei zusätzlich der Monat und das Jahr ihrer Einführung bzw. ihrer letzten Änderung angegeben sind.
11. Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes sind – sofern keine gesonderten Regelungen bestehen – nur nach den Leistungspositionen des Abschnittes II. 1.6 EBM berechnungsfähig, die auf den vereinbarten Vordrucken angegeben sind. Kurze Bescheinigungen und Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken ohne entsprechenden Aufdruck sind ohne besonderes Honorar, ggf. gegen Erstattung von Auslagen, auszustellen.
12. Für die Beantwortung von Kassenanfragen (Muster 50, 51, 52, 53) ist dem Arzt von der Krankenkasse grundsätzlich ein Freiumschlag beizulegen.
Der Versand dieser Anfragen und der Rückantwort kann auch unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen mittels Telefax erfolgen. In diesem Falle entfällt die Verpflichtung der Krankenkassen, einen Freiumschlag beizufügen.

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt werden. Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung und ist während dieser Zeit mit Vordruck e01 zu bescheinigen. Der Arzt soll die Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mindestens 12 Monate archivieren. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) ist zu beachten.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erst-/ Folgebescheinigung

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen; dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

② Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/ dem Durchgangsarzt zugewiesen

Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

Liegt kein Ausnahmesachverhalt vor, welcher den Vertragsarzt/die Vertragsärztin gemäß § 26 des Vertrages der Ärzte mit den Unfallversicherungsträgern (§ 34 Abs. 3 SGB VII) von der Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt befreit, ist zusätzlich „dem Durchgangsarzt zugewiesen“ anzukreuzen. Eine Vorstellung bei einem Durchgangsarzt ist z.B. nicht erforderlich, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus nicht zur Arbeitsunfähigkeit führt oder die notwendige ärztliche Behandlung voraussichtlich nicht über eine Woche andauert oder keine Heil- und Hilfsmittel zu verordnen sind oder es sich nicht um eine Wiedererkrankung aufgrund von Unfallfolgen handelt. Bei einer isolierten Augen- oder HNO-Verletzung überweist der Vertragsarzt/die Vertragsärztin unmittelbar an einen Facharzt/eine Fachärztin. Bei besonderen Verletzungen wie schweren, komplizierten Arm- oder Beinbrüchen erfolgt eine Überweisung an ein Krankenhaus, das am Verletzungs- bzw. Schwerstverletzungsartenverfahren der Unfallversicherung beteiligt ist. Diese Verletzungen sind in dem Vertragsartenverzeichnis aufgelistet (Anlage zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Andere Verletzungen, die stationärer Versorgung bedürfen, können in Krankenhäusern mit Durchgangsarzten behandelt werden.

③ arbeitsunfähig seit

In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an bei dem/der Versicherten nach dem von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme der Vertragsärztin/des Vertragsarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen

vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.

Bei erstmaliger Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Erstbescheinigung) ist in jedem Falle sowohl die Zeile „arbeitsunfähig seit“ als auch die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen, und zwar auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine Folgebescheinigung, erfolgt keine Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2 Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit</p> <p>arbeitsunfähig seit _____</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p>festgestellt am _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2 dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;">Ausfertigung für Versicherte</div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1</h2> <p><input type="checkbox"/> 1 Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Folgebescheinigung</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<h3>AU-begründende Diagnose(n) <small>(ICD-10)</small></h3> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____</td> <td><input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____</td> <td><input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 6 _____</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Sonstige _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 8 Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 stufenweise Wiedereingliederung</p> </div> </div> <p style="font-size: small;">Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p>		<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 _____					
<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____											
<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____	<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____											
<input type="checkbox"/> 6 _____													
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> 10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> 11 Endbescheinigung</p> <p>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld <small>Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.</small></p> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Dokumentenversion: 1.0.1 Dokumententyp: e010 PRF.NR. </div>													

4 voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In das Kästchen „Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen ärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im

Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden. Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sog. „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen. Liegt ein potentieller Krankengeldfall vor und der Vertragsarzt/die Vertragsärztin kann bereits bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen. Auf diese Angabe ist besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

5 festgestellt am

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeitraum ärztlich festgestellt wurde. Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut ärztlich festgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage im vorgenannten Sinne. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit; hierdurch droht Krankengeldverlust für den Versicherten.

6 AU-begründende Diagnose(n)

Bei der Ausfüllung der Felder „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD-10-GM in der jeweils gültigen Fassung anzugeben. Eine zusätzliche Angabe als Klartext/Freitext ist nur zulässig, wenn die Angabe weitergehender Hinweise außerhalb der ICD-10-Kodierung notwendig ist.

7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Bei Vorliegen eines Unfalls oder Unfallfolgen ist dies entsprechend anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls ist stattdessen „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

8 SER – bisher Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

9 Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten Sofern der Vertragsarzt/die Vertragsärztin die Notwendigkeit zur Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, stufenweisen Wiedereingliederung oder sonstiger Maßnahmen (z.B. Leistungen zur Teilhabe oder betriebliches Eingliederungsmanagement) für erforderlich hält, sollte dies möglichst gleichzeitig zusammen mit dem Versicherten auf dem dafür vorgesehenen Antrag/Verordnungsmuster eingeleitet werden und der Antrag unter „Sonstige“ angegeben werden. Ist eine direkte Einleitung nicht möglich, ist die Empfehlung hier anzugeben.

10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Sobald die durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Wochen beträgt oder der Vertragsarzt/die Vertragsärztin über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (z.B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des Vertragsarztes/der Vertragsärztin für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potentiellen Krankengeldfall ausgestellt wurde; der Arzt/die Ärztin beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

11 Endbescheinigung

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Vertragsarzt/die Vertragsärztin kann bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Die Verordnung von Krankenhausbehandlung setzt voraus, dass sich der behandelnde Vertragsarzt oder der behandelnde Vertragspsychotherapeut vom Zustand des Versicherten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen besteht nicht bei einem ausschließlichen Bedarf an pflegerischer Unterstützung, bei sozialer Indikation sowie bei Maßnahmen, die nicht der Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen, z.B. Schönheitsoperationen.

Vor der Verordnung von Krankenhausbehandlung hat der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut alle notwendigen Maßnahmen zu treffen oder zu veranlassen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst angezeigt und wirtschaftlich sind, um die Einweisung in das Krankenhaus entbehrlich zu machen. Insbesondere soll geprüft werden, ob ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege anstelle der Krankenhausbehandlung ausreicht. Bei Verordnung von Krankenhausbehandlung ist die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KE-RL) zu beachten.

Dieser Vordruck ist nicht zu verwenden bei Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Der Versicherte erhält Muster 2a und 2b, das Muster 2c verbleibt bei dem Vertragsarzt oder dem Vertragspsychotherapeuten.

Der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut füllt Muster 2a vollständig aus, händigt es dem Versicherten aus und weist darauf hin, dass dieses Muster vor Aufsuchen des Krankenhauses der Krankenkasse vorzulegen ist bzw. der Versicherte sich mit der Krankenkasse zur Abstimmung hinsichtlich der Genehmigung in Verbindung setzen (s. Rückseite des Musters 2a) soll. In Notfällen entfällt die Genehmigungspflicht.

Auf Muster 2b trägt der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut notwendige Informationen für das Krankenhaus ein. Dieser Teil ist zusammen mit allen für die stationäre Behandlung bedeutsamen Unterlagen dem Versicherten für das Krankenhaus mitzugeben.

Neben einer Verordnung von Krankenhausbehandlung kann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruck e01) ausgestellt werden (z.B. im Falle einer vor- oder nachstationären Behandlung).

1 Belegarztbehandlung

Soll die Krankenhausbehandlung durch einen Belegarzt erfolgen, ist dies auf dem Vordruck durch Ankreuzen des betreffenden Kästchens zu kennzeichnen. Der die Verordnung ausstellende Belegarzt hat unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen den Teil a des Musters 2 auszustellen. Die Abrechnung der belegärztlichen Leistung erfolgt auf Muster 5.

2 Notfall / Unfall, Unfallfolgen, SER – bisher Versorgungsleiden (BVG)

Handelt es sich um einen Notfall, Unfall bzw. Unfallfolgen (keine Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten*) oder ein Versorgungsleiden, ist dies zu kennzeichnen, damit Krankenkassen in der Lage sind, ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend zu machen. Weitere Informationen zur SER siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

*Ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit erforderlich, kann sie nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Die Koordination der weiteren Behandlung ist von Durchgangärzten zu übernehmen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	<input type="checkbox"/> 1 Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> 2 Notfall
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> 2 Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> 2 Versorgungs- leiden (BVG)
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser 3
Diagnose 4		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Bitte dem Patienten gesondert mitgeben! Untersuchungsergebnisse 5 Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) 6 Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) 7 Mitgegebene Befunde 8			
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!			Muster 2b (10.2014)

3 Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Nach § 73 Abs. 4 SGB V sind in geeigneten Fällen die beiden **nächsterreichbaren**, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung **geeigneten Krankenhäuser** anzugeben.

4 Diagnose

Die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen kommt nur bei medizinischer Notwendigkeit in Betracht. Die Begründung soll sich aus der Angabe der Diagnose ergeben. Soweit sich bereits aus der Diagnose oder den Symptomen die Notwendigkeit der Einweisung ergibt, genügt deren Angabe. Z. B. erübrigt sich bei der Diagnose „akute Appendizitis“ eine weitere Begründung.

5 Untersuchungsergebnisse

Hier sind, soweit vorhanden, relevante Untersuchungsergebnisse zu vermerken.

6 Bisherige Maßnahmen (z.B. Medikation)

Die bisher erbrachten medizinischen Maßnahmen sind hier anzugeben.

7 Fragestellung/Hinweise (z.B. Allergie)

Hier kann der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut das Krankenhaus auf bestimmte Fragestellungen aufmerksam machen oder besondere Hinweise geben. Zu den besonderen Hinweisen gehört in entsprechenden Fällen auch das bei dem Versicherten vorliegende Kriterium gemäß der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL), siehe „**Kriterien der medizinischen Notwendigkeit einer Begleitung im Krankenhaus nach § 44b Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a SGB V (Anlage zur KHB-RL)**“.

8 Mitgegebene Befunde

Befunde, die dem Versicherten im Zuge der Einweisung ins Krankenhaus mitgegeben werden, sind hier anzugeben.

Hinweise zur Nutzung des Feldes „Fragestellung/Hinweise (z.B. Allergie)“ im Rahmen der KHB-RL

Bei Versicherten mit einer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, kann aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zu einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) erforderlich sein. Der Mitaufnahme gleichgestellt ist eine ganztägige Begleitung. Diese liegt vor, wenn die Zeit der notwendigen Anwesenheit im Krankenhaus und die Zeiten der An- und Abreise insgesamt acht oder mehr Stunden am Tag umfassen. Wird die Erforderlichkeit im Rahmen einer Krankenhauseinweisung festgestellt, ist dies auf Muster 2b unter „Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)“ zu bescheinigen. Dabei ist mindestens ein medizinisches Kriterium gemäß der Anlage der KHB-RL (siehe unten) oder eine vergleichbare Schädigung oder Beeinträchtigung anzugeben. Die Begleitung darf nur durch einen Angehörigen oder eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld erfolgen.

Sofern für die zu begleitende Person bereits eine aktuell gültige formlose Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme (§ 3 Abs. 2 KHB-RL) vorliegt und die Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind, ist auf diese Bescheinigung hinzuweisen. Sollte ein anderes medizinisches Kriterium oder eine vergleichbare Schädigung oder Beeinträchtigung für die Mitaufnahme zur Krankenhausbehandlung maßgeblich sein, ist dieses anzugeben.

Die Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KHB-RL) ist zu beachten.

Kriterien der medizinischen Notwendigkeit einer Begleitung im Krankenhaus nach § 44b Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a SGB V (Anlage zur KHB-RL)

Fallgruppe	Kriterien
Fallgruppe 1 Begleitung zum Zweck der Verständigung	Erhebliche oder komplette Beeinträchtigung der Kommunikation, insbesondere im Bereich 1. Kommunizieren, Sprechen, nonverbale Mitteilungen, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken oder 2. der kognitiv-sprachlichen Funktion a) mit mangelnder Fähigkeit, die eigene Symptomatik oder Befindlichkeiten, wie Schmerzen oder Wünsche, deuten, beschreiben oder verstehen zu können oder b) mit mangelnder Fähigkeit, die Informationen und Anweisungen des Behandlungsteams des Krankenhauses wahrnehmen, verstehen oder umsetzen zu können.

Fallgruppe	Kriterien
<p>Fallgruppe 2</p> <p>Begleitung zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit durch die Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen, insbesondere bei fehlender Kooperations- und Mitwirkungsfähigkeit</p>	<p>Schädigungen globaler oder spezifischer mentaler Funktionen, die sich insbesondere in Form von</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten, 2. eigen- und fremdgefährdendem Verhalten, 3. Abwehr oder Verweigerung pflegerischer und anderer medizinischer Maßnahmen, 4. Wahnvorstellungen, ausgeprägten Ängsten und Zwängen, 5. Antriebslosigkeit somatischer oder psychischer Genese oder 6. sozial inadäquaten Verhaltensweisen <p>in erheblichem Ausmaß äußern.</p>
<p>Fallgruppe 3</p> <p>Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen</p>	<p>Erhebliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen, insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gemäß der Fallgruppen 1 oder 2, 2. neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen, 3. der Atmungsfunktionen oder 4. der Funktion der Nahrungsaufnahme, insbesondere des Schluckens.

Muster 3: Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

1. Dieses Zeugnis darf nur auf Grund einer **ärztlichen Untersuchung der Schwangeren** ausgestellt werden.
2. Für die Ausstellung dieses Zeugnisses sind **zwei Daten** wichtig, und zwar das **Ausstellungsdatum** und das **Untersuchungsdatum**. Die Zahlung des Mutterchaftsgeldes erfolgt vor der Entbindung nur auf Grund dieses Zeugnisses, das bei der Feststellung der Schwangerschaft ausgestellt werden soll.
3. Es empfiehlt sich, für evtl. spätere Streitfälle wegen einer erheblichen Abweichung zwischen dem mutmaßlichen und dem tatsächlichen Entbindungstermin in der Kartei Aufzeichnungen über den Zeitpunkt der letzten Periode, der ersten Kindsbewegung und den Stand des Fundus uteri zu machen.
4. Die Ausstellung des Zeugnisses über den mutmaßlichen Tag der Entbindung (Muster 3) ist mit der Vorsorgeuntersuchung abgegolten, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Ausstellung durchgeführt wird. Falls jedoch die Schwangere deshalb den Arzt besonders aufsucht, kann eine Beratung berechnet werden.

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z. B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen.

Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankenförderung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe ②),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe ②) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

② Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalienfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

SER – bisher Versorgungsleiden (z. B. BVG) – siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

Zuzahl- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h3 style="margin: 0;">Verordnung einer Krankenförderung 4</h3> <p style="margin: 5px 0;">2 Unfall, Unfallfolge</p> <p style="margin: 5px 0;">2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit</p> <p style="margin: 5px 0;">2 Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 5px 0;"> 3 Hinfahrt 3 Rückfahrt </div>
Zuzahl- frei	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. am</div>	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) **4** voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung **4** vor-/nachstationäre Behandlung

b) **5** ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) **6** anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: **6**

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) **7** hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie **7** vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) **8** dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) **9** anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen	13 Rollstuhl
12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	13 Tragestuhl
12 <input style="width: 100%;" type="text"/>	13 liegend
14 RTW 15 NAW/NEF 16 andere <input style="width: 100%;" type="text"/>	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

17

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 4 (7.2020)

3 Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragsarzt unter **17** bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

④ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung
Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter ⑰ angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

⑤ b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragsarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ [erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr] im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die im Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder ⑪ und ggf. ⑬ zu nutzen. Ist die Fahrt im Krankentransportwagen erforderlich, ist diese unter ⑨ zu verordnen.

⑥ c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationärsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung und

- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile ⑥ zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationsersetzende Durchführung ist unter ⑰ anzugeben.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gesetzlichen Fristen analog zu vor- und nachstationären Behandlungen unter ④. Zugleich ist der Operationstag unter ⑰ zu erfassen.

Bei nicht stationsersetzenden ambulanten Operationen ist eine Krankenbeförderung nicht verordnungsfähig, so z. B. bei nicht stationsersetzenden Katarakt-Operationen.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

⑦ d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie
In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist.

Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

⑦ vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter ⑰ zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

⑧ e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld ⑤ genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der

Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter 17 zu begründen.

9 f) anderer Grund für Fahrt mit KTW z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. angeben)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter 12 zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter 11 bis 15 anzugeben. Weiterhin ist unter 17 der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

10 2. Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte
Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz zu machen und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes) anzugeben.

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, z. B. wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt. In diesen Fällen ist eine Begründung unter 17 anzugeben.

Bei der Angabe der Behandlungsstätte ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

3. Art der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter 13 zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung einer Krankenförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung eines KTW können zusätzlich die Felder unter 13 Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

14 RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn eine schnellere Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

17 4. Begründung/Sonstiges

Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach 7 und 8.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter 10 nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter 10 nicht bekannt ist,
- Behandlung, welche über Terminservicestelle vermittelt wurde,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/ Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationäreretzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

Muster 5: Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie

1. Der Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob es sich um **ambulante Behandlung** oder **belegärztliche Behandlung** handelt. Behandelt der Belegarzt denselben Patienten in einem Quartal sowohl ambulant als auch stationär, sind zwei Abrechnungsscheine auszustellen; jeder ist entsprechend anzukreuzen.
2. Sofern die Behandlung aufgrund oder als Folge eines **Unfalls** durchgeführt wird, ist das Unfallfeld anzukreuzen, damit die Krankenkassen ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend machen können. Es bedeutet eine unnötige finanzielle Belastung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn bei einem Unfall das Unfallfeld nicht angekreuzt wird.

Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen ist der Vordruck nicht zu verwenden. Die Abrechnung der Behandlung des Unfalls bzw. der Unfallfolgen ist mit dem Unfallversicherungsträger vorzunehmen (auf Vordruck A13 nach dem Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger). Unter Schülerunfällen sind auch Unfälle von Kindern in Kindergärten und von Studenten während des Studiums zu verstehen.

3. Das **Quartal** der Leistungserbringung ist in der Form „Q JJ“ in das betreffende Feld einzutragen.
4. Sofern die Behandlung zur **Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie** durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dient, hat der Konsiliararzt dies durch Ankreuzen des betreffenden Feldes kenntlich zu machen.
5. Die Behandlung als anerkannte Psychotherapie ist durch Ankreuzen im betreffenden Feld zu kennzeichnen. In diesem Fall ist zudem das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse einzutragen.
6. Das Geschlecht des Patienten wird im rechten Feld durch einen Buchstaben angegeben (D = divers, M = männlich, W = weiblich, X = unbestimmt). Die Bedruckung erfolgt durch das Auslesen der Information von der elektronischen Gesundheitskarte.
7. Im Diagnosefeld („Diagnosen/ggf. Abrechnungsbegründungen“) sind die Diagnosen, ggf. auch andere Begründungen, in angemessener Kürze, aber so präzise anzugeben, dass sich daraus die Plausibilität der abgerechneten Leistungen erkennen lässt.
8. Zur Angabe der erbrachten Leistungen dient das Leistungsfeld. Die Eintragungen sind in der vorgegebenen Weise vorzunehmen. Hinter der Datumsangabe sind die Leistungen eines Arzt-Patienten-Kontaktes als Gebührenordnungsposition

(GOP) gemäß EBM bzw. als weitere regional zulässige Abrechnungsnummer gemäß Vorgabe der zuständigen KV anzugeben. Erstrecken sich die Angaben zu einem Arzt-Patienten-Kontakt über mehr als eine Zeile, ist in den Folgezeilen die Datumsangabe nicht zu wiederholen. Gibt es im Ausnahmefall am selben Tage mehrere Arzt-Patienten-Kontakte, ist hinter die erste Leistung jedes weiteren Arzt-Patienten-Kontaktes zusätzlich die Uhrzeit einzutragen.

Eine Leistung ist zu begründen, falls dies der EBM oder die zuständige KV vorgibt. Die Begründung ist hinter die betreffende GOP in Klammern zu setzen. Bei der Abrechnung ambulanter oder belegärztlicher Operationen des Abschnitts 31.2 EBM sind die Operations- und Prozedurenschlüssel und ggf. das Erst-OP-Datum, die auftretenden Komplikationen einschl. ICD-10-Codierung, die Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit sowie bei Simultaneingriffen die Diagnosen zum Haupt- und Nebeneingriff hinter der betreffenden GOP in Klammer zu setzen. Abweichende Eintragungsvorschriften der zuständigen KV bleiben davon unberührt.

Werden Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel 32 des EBM an demselben Körpermaterial durchgeführt, sind die Untersuchungen unter dem Datum einzutragen, an dem die letzte Einzeluntersuchung durchgeführt wurde, sofern das Körpermaterial an einem Tag oder an zwei aufeinander folgenden Tagen entnommen und ggf. an mehreren Tagen untersucht wurde.

Reicht das Leistungsfeld zur Notation der erbrachten Leistungen nicht aus, sind die Abrechnungsempfehlungen der zuständigen KV zu beachten. Dies gilt entsprechend für das Diagnosefeld.

9. Werden Leistungen der **Mutterschaftsvorsorge** abgerechnet, ist der mutmaßliche Tag der Entbindung in der Form „TTMMJJ“ im betreffenden Feld anzugeben.
10. Bei belegärztlicher Behandlung ist der **Zeitraum des stationären Aufenthaltes** im betreffenden Feld anzugeben.
11. Der Patient bestätigt an der dafür vorgesehenen Stelle – oberhalb des Feldes für den Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten – mit Datum und Unterschrift, dass er bei der angegebenen Krankenkasse versichert ist.

Eine Unterschrift des Patienten ist nicht erforderlich, wenn dieser einen gesetzlichen Vertreter hat (z.B. Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres) oder zur Unterschriftsleistung nicht in der Lage ist. Die Unterschrift des Patienten entfällt, wenn im Quartal als einzige Leistungen Kosten, Berichte bzw. Kassenanfragen, Leistungen nach den GOP 01430, 01435 und 01820 EBM und/oder telefonische Beratungen nach den GOP 01214, 01216 und 01218 EBM im Behandlungsfall zur Abrechnung kommen.

12. Reicht der Vertragsarzt/Therapeut die Abrechnung auf Datenträger ein, kann er von der zuständigen KV von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit werden, wenn im jeweiligen Quartal das nicht veränderbare Einlesedatum der elektronischen Gesundheitskarte festgehalten und Bestandteil des Behandlungsfalls wird.

Muster 6: Überweisungsschein

Der Überweisungsschein dient der Überweisung zur Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen an einen anderen Vertragsarzt, eine nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtung. Ein Überweisungsschein ist auch dann zu verwenden, wenn der Vertragsarzt eine ambulante Operation im Krankenhaus, eine ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (in der bis zum 31.12.2011 gültigen Fassung) oder eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V veranlasst. Ärztliche Leistungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening erbracht werden, bedürfen keiner Überweisung.

Ein Überweisungsschein darf nur ausgestellt werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt im betreffenden Quartal eine gültige elektronische Gesundheitskarte oder ein Anspruchsnachweis gemäß § 19 Abs. 2 BMV-Ä vorgelegt worden ist. Ausnahmen sind zulässig, wenn z. B. die zu veranlassenden Maßnahmen dringend erforderlich sind oder dem überweisenden Vertragsarzt die Kassenzugehörigkeit zweifelsfrei bekannt ist.

Der Arzt, der auf Überweisung tätig wird, ist grundsätzlich an den ausgestellten Überweisungsschein gebunden. Er kennzeichnet in seiner Abrechnung, dass die Behandlung auf Grundlage einer Überweisung erfolgte.

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten darüber, dass dem Arzt, der auf Überweisung in Anspruch genommen wird, neben der elektronischen Gesundheitskarte auch der Überweisungsschein vorzulegen ist.

Die folgenden Hinweise sind zu beachten:

1 Kurativ / Präventiv / Behandl. gemäß § 116b SGB V / bei belegärztl. Behandlung
Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob die Überweisung zur kurativen Versorgung, zur Prävention, zur Hinzuziehung eines Arztes bei belegärztlicher Behandlung oder als Zuweisung zu einer Behandlung gemäß § 116b SGB V erfolgt.

In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) besteht zwischen den Mitgliedern des Kernteams kein Überweisungserfordernis. Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung. Dazu muss das Feld „Behandl. gemäß § 116b SGB V“ nicht angekreuzt werden. Die erforderliche Kennzeichnung auf dem Überweisungsschein erfolgt bereits durch die Angabe der ASV-Teamnummer (anstelle der Betriebsstätten-Nr.) und einer zusätzlichen Kennzeichnung an Stelle 29 und 30 im Statusfeld des Personalienfeldes.

2 Quartal

Das Quartal der Ausstellung der Überweisung ist in der Form „QJJ“ in das betreffende Feld einzutragen.

Beginnt der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden.

Überweisungsschein 06 Quartal

1 Kurativ 1 Präventiv 1 Behndl. gemäß § 116b SGB V 1 bei belegärztl. Behandlung 2 J J J Geschlecht

3 Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 4 T T M M J J J 5

Überweisung an 6

7 Ausführung von Auftragsleistungen 8 Konsiliaruntersuchung 9 Mit-/Weiterbehandlung AU bis 10 T T M M J J J

11 eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

12

12

Befund/Medikation

12

12

Auftrag

12

12

12

12

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Erstreckt sich die Behandlung des auf Überweisung tätig werdenden Arztes über mehr als ein Quartal, so kann der Überweisungsschein quartalsübergreifend weiterverwendet werden. Die erneute Ausstellung eines Überweisungsscheines ist nicht erforderlich.

3 Unfall / Unfallfolgen

Dem auf Überweisung tätig werdenden Arzt wird durch Ankreuzen des Unfallfeldes mitgeteilt, dass die Behandlung aufgrund oder als Folge eines **Unfalles** erforderlich wird. Mit der Übertragung dieser Information in die Abrechnung erhalten die Krankenkassen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden und können zur finanziellen Entlastung der vertragsärztlichen Versorgung ggf. entsprechende Schadensersatzansprüche geltend machen.

Wird dem auf Überweisung tätig werdenden Arzt erst während seiner Behandlung bekannt, dass die Behandlung aufgrund oder als Folge eines Unfalles erforderlich wurde, dokumentiert er dies in seiner Abrechnung entsprechend. Gleiches gilt für einen Unfall, der sich erst während seiner Behandlungstätigkeit ereignet hat.

Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen ist das Muster 6 nicht zu verwenden. Die Abrechnung der Behandlung ist mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger vorzunehmen. Hierfür ist die „Ärztliche Unfallmeldung“ (Formtext F 1050)

nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger zu verwenden. Unter Schülerunfällen sind auch Unfälle von Kindern in Kindergärten und von Studierenden während des Studiums zu verstehen.

4 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Wurden ambulante Operationen nach dem Abschnitt 31.2 EBM erbracht, ist das Datum der Operation in der Form „TTMMJJ“ anzugeben.

5 Geschlecht

Das Geschlecht des Patienten wird durch einen Buchstaben angegeben (D = divers, M = männlich, W = weiblich, X = unbestimmt). Die Bedruckung erfolgt durch das Auslesen der Information von der elektronischen Gesundheitskarte.

6 Überweisung an

Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll die Überweisung nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden, in deren Bereich die Untersuchung bzw. Behandlung ausgeführt werden soll. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

7 Ausführung von Auftragsleistungen **8** Konsiliaruntersuchung **9** Mit-/Weiterbehandlung

Es ist anzukreuzen, ob die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen, zur Konsiliaruntersuchung oder zur Mit-/Weiterbehandlung erfolgt.

Ausführung von Auftragsleistungen

Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert

1. die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder
2. eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag).

Für die Notwendigkeit der Auftragserteilung ist der auftragserteilende Vertragsarzt verantwortlich. Die Wirtschaftlichkeit der Auftragsausführung ist vom auftragsausführenden Arzt zu gewährleisten.

Die Aufträge sind nach Art und Umfang konkret zu bestimmen (Angabe der Gebührenordnungsposition oder der präzisen Leistungsbezeichnung). Der den Auftrag ausführende Arzt darf nur die Leistungen erbringen, die unter „Auftrag“ angegeben sind. Eine Erweiterung des Auftrages nach Art oder Umfang bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.

Der eine Auftragsleistung ausführende Arzt ist berechtigt, Teile dieses Auftrages, die er selbst nicht erbringen kann, von einem anderen Arzt als Auftragsleistung erbringen zu lassen (Weiterüberweisung).

Konsiliaruntersuchung

Mit der Überweisung zur Konsiliaruntersuchung werden diagnostische Leistungen veranlasst, über deren Art und Umfang der ausführende Arzt entscheidet. Der Grund für

die Untersuchung ist einzutragen. Der ausführende Arzt ist in der Wahl seiner diagnostischen Schritte frei. Diese Maßnahmen sollen innerhalb einer angemessenen Frist abgeschlossen sein und dem überweisenden Arzt baldmöglichst im Ergebnis bekannt gegeben werden. Therapeutische Maßnahmen sind nicht berechnungsfähig.

Ist die Ausführung einer Konsiliaruntersuchung ohne die Inanspruchnahme eines weiteren Arztes nicht möglich ist, kann der auf Überweisung tätig werdende Arzt einzelne Leistungen als Auftragsleistungen von einem anderen Arzt erbringen lassen.

Mit-/Weiterbehandlung

Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet. Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen. Auch bei Überweisungen zur Durchführung ambulanter Operationen ist das Feld „Mit-/Weiterbehandlung“ anzukreuzen.

10 AU bis

Sofern der überweisende Vertragsarzt eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hat, informiert er den auf Überweisung tätig werdenden Arzt über das Datum des voraussichtlichen Endes der Arbeitsunfähigkeit in der Form „TTMMJJ“. Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Behandlungsführung auf den weiterbehandelnden Arzt übergehen soll.

11 eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Bei Patienten mit eingeschränktem Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V hat der überweisende Vertragsarzt das entsprechende Feld anzukreuzen, um den Arzt, der auf Überweisung tätig wird, über den eingeschränkten Leistungsanspruch zu informieren.

12 Diagnose/Verdachtsdiagnose / Befund/Medikation / Auftrag

Unter „Diagnose/Verdachtsdiagnose“, „Befund/Medikation“ bzw. „Auftrag“ gibt der überweisende Vertragsarzt entsprechende Informationen an, um dem auf Überweisung tätig werdenden Arzt Hinweise für dessen Behandlung zu geben und unnötige Kosten durch Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden. Der mit-/weiterbehandelnde Vertragsarzt soll daher auch über die bisher erhobenen Befunde und/oder Behandlungsmaßnahmen informiert werden.

Muster 7: Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen

1. Der Therapeut muss vor der Antragstellung eines Patienten auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie zunächst abklären lassen, ob eventuell somatische Erkrankungen des Patienten vorliegen. Hierfür wird das Muster 7 benutzt.
2. Der Therapeut liest die elektronische Gesundheitskarte des Patienten ein und füllt das Diagnosen-/Indikationsfeld aus. Zusätzlich kann er noch weitergehende Information für den Konsiliararzt eintragen. Die Gruppe der zur Abfassung eines Konsiliarberichtes berechtigten Vertragsärzte ist in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt.

Muster 8: Sehhilfenverordnung

Muster 8A: Verordnung von vergrößernden Sehhilfen

Die Verordnung von Sehhilfen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nur aufgrund einer augenärztlichen Untersuchung erfolgen und darf nur von solchen Vertragsärzten vorgenommen werden, die in der Lage sind, die Notwendigkeit und Art der benötigten Sehhilfen selbst zu bestimmen. Es ist nicht statthaft, hiermit Optiker zu beauftragen, und dann nach deren Angaben das Ausfüllen des Musters 8 bzw. 8A vorzunehmen. Bei vergrößernden Sehhilfen ist vom Augenarzt vor Ausstellung einer Verordnung zu prüfen, ob der Versicherte das Hilfsmittel zielführend nutzen kann.

1. SER – bisher Versorgungsleiden (BVG) – siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.
2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist eine Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe verordnungsfähig, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der WHO-Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge maximal 0,3 beträgt. Maßgeblich hierfür ist der Fernvisus. In Fällen, in denen eine vergrößernde Sehhilfe (Muster 8A) verordnet wird, ist der Wert des bestkorrigierten Fernvisus für das rechte und linke Auge unter Angabe der verwendeten Sehhilfe (Brille und/oder Kontaktlinse) und der benötigte Vergrößerungsbedarf anzugeben.
3. Eine therapeutische Sehhilfe ist verordnungsfähig, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen (die als zugelassene Indikationen in den Hilfsmittelrichtlinien unter Punkt 60 aufgeführt sind) dient.
4. Für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, besteht ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Bei Kurzsichtigkeit ist eine Verordnung auch dann möglich, wenn sich mit den Folgegläsern eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20 Prozentpunkte erzielen lässt.

Bei gegebener Indikation zur Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen ergibt sich die Notwendigkeit zur Wiederversorgung aus dem Erkrankungsverlauf bzw. Behandlungskonzept.

5. Der Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen,
 - ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt,
 - welche Änderung im Hinblick auf die oben genannten Grenzen festgestellt wurden,
 - ob eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 WHO-Klassifikation vorliegt. Hier sind keine Angaben notwendig, wenn Kinder und Jugendliche

(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) zu versorgen sind bzw. wenn es sich bei der Verordnung um therapeutische Sehhilfen handelt.

6. Die Felder „Reparatur“ und „Ersatz“ sind anzukreuzen, wenn eine Reparatur notwendig ist oder eine Ersatzbeschaffung nach Abschnitt E der Hilfsmittel-Richtlinien möglich ist.
7. Bei der Versorgung von Sehhilfen (Muster 8) ist die Menge und Art der Verordnung anzugeben. Hier sind auch Angaben zu besonderen Gläsern/Sehhilfen zu machen. Dabei ist die genaue Bezeichnung der Verordnung (z.B. Bifokal-, Lichtschutz-, Kunststoffgläser) oder zu anderen Sehhilfen (z.B. Kontaktlinsen) anzugeben.
8. Bei der Versorgung von vergrößernden Sehhilfen (Muster 8A) ist die Menge und Art der Verordnung mit genauer Bezeichnung (z.B. elektronisch vergrößernde Sehhilfe, Lupen, Lupenbrillen, Fernrohr Lupenbrillen) anzugeben.
9. Unter Diagnose/Begründung ist gemäß Abschnitt E Hilfsmittel-Richtlinien für die Verordnung von Sehhilfen anzugeben, welche Indikation der Verordnung zu Grunde liegt und die Begründung für die Art der Sehhilfenverordnung (z.B. Lichtschutzgläser bei Aniridie). Bei Keratokonus sind zusätzlich mindestens die zentralen Hornhautradialen anzugeben.
10. Bei einer Verordnung von vergrößernden Sehhilfen (Muster 8A) ist die Notwendigkeit einer binocularen Versorgung zu begründen.

Muster 9: Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

Die Krankenkassen zahlen nach der Entbindung grundsätzlich acht Wochen Mutterschaftsgeld. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt wird, verlängert sich der Zeitraum von acht auf zwölf Wochen.

Für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten und bei Kindern mit einer Behinderung benötigen die Krankenkassen eine ärztliche Bescheinigung. In beiden Fällen ist hierfür das Muster 9 zu nutzen. Liegt (zugleich) eine Mehrlingsgeburt vor, ist das Muster 9 nicht auszustellen, da den Krankenkassen die Information über die Mehrlingsgeburt in der Regel durch Vorlage der Geburtsurkunden kurzfristig vorliegt.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes 9 <i>Erforderlich für die Gewährung des verlängerten Mutterschaftsgeldes. Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten.</i>
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
1. Frühgeburt, geboren am <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>			
<input type="checkbox"/>	a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm		
<input type="checkbox"/>	b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft		
<input type="checkbox"/>	c) Totgeburt ab 500 Gramm oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils mit Anzeichen nach a) oder b)		
2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX			
<input type="checkbox"/>	Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor <i>Bitte Rückseite ausfüllen!</i>		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			

Muster 9 (4.2019)

Zu 1. Frühgeburt

Eine nach Muster 9 zu bescheinigende Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind lebend geboren wird und das Geburtsgewicht weniger als 2.500 Gramm beträgt oder wenn bei einem Geburtsgewicht von 2.500 Gramm oder mehr ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf des Kindes besteht. Um eine zu bescheinigende Frühgeburt handelt es sich auch, wenn

- ein Kind tot geboren wird oder während der Geburt verstirbt

- sein Gewicht mindestens 500 Gramm beträgt oder die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde und
- die Anzeichen einer Frühgeburt im Sinne der Ziffer ② oder ③ vorliegen.

① Geburtsdatum des Kindes

Die Angabe ist sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010218) anzugeben.

② Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm

Hier ist durch Ankreuzen des betreffenden Kästchens zu bestätigen, dass das Geburtsgewicht weniger als 2.500 Gramm beträgt.

③ Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, jedoch wesentlich erweiterter Pflegebedarf

Sofern das Geburtsgewicht mindestens 2.500 Gramm beträgt, jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf des Kindes wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen (an Rumpf, Haut, Fettpolstern, Nägeln, Haaren, äußeren Geschlechtsorganen) oder wegen verfrühter Beendigung der Schwangerschaft besteht, liegt ebenfalls eine Frühgeburt im Sinne des Mutterschutzgesetzes und des § 24i SGB V (Mutterschaftsgeld) vor. Dies ist auf dem Vordruck durch Ankreuzen des betreffenden Kästchens zu kennzeichnen.

④ Totgeburt

Liegen die Anzeichen einer Frühgeburt im Sinne der Ziffer ② oder ③ vor, das Kind wird jedoch mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm oder bei Erreichen der 24. Schwangerschaftswoche auch mit einem Gewicht unter 500 Gramm tot geboren oder verstirbt während der Geburt, ist dieses Feld anzukreuzen.

Sofern das Gewicht weniger als 500 Gramm beträgt und die 24. Schwangerschaftswoche nicht erreicht wurde (Fehlgeburt), ist die Bescheinigung nicht auszustellen, da kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht.

Zu 2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

⑤ Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor

Von einer Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist auszugehen, wenn bei dem Kind körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen vorliegen, die es an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine solche Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. In diesen Fällen ist das Kästchen „Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor“ von dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin anzukreuzen.

Die ärztliche Feststellung muss gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 3 MuSchG innerhalb von acht Wochen nach der Entbindung erfolgen, damit sich die Schutzfrist nach der Entbindung und somit die Zahlung von Mutterschaftsgeld von acht auf zwölf Wochen verlängert. Nach diesem Zeitraum ist die Bescheinigung einer Behinderung des Kindes daher nicht mehr auszustellen.

Muster 10: Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Für die Überweisung zur Durchführung von in-vitro-diagnostischen Leistungen in den Kapiteln 11, 19 und 32 EBM und laboratoriumsmedizinischen Leistungen in den der Abschnitten 1.7, 8.5, 8.6 und 30.12.2 EBM ist Muster 10 (und nicht Muster 6) zu verwenden. Dies gilt nicht für die Überweisung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierfür ist Muster 39 zu verwenden.

Ein Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen darf nur ausgestellt werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt im betreffenden Quartal eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorgelegt worden ist. Ausnahmen sind zulässig, wenn z. B. die zu veranlassenden Maßnahmen dringend erforderlich sind oder dem überweisenden Vertragsarzt die Kassenzugehörigkeit zweifelsfrei bekannt ist. Der Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen gliedert sich in zwei Teile. Der obere Teil des Vordrucks dient der Identifikation. Der untere Teil ist der Auftragsteil. Beide Teile sind vom überweisenden Vertragsarzt auszufüllen.

Beim Befüllen bzw. Auslesen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Leistungsart (kurativ, präventiv, bei belegärztlicher Behandlung, Empfängnisregelung/Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch)

Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen der kurativen Versorgung, der Prävention, der Empfängnisregelung/Sterilisation/ Schwangerschaftsabbruch oder bei belegärztlicher Behandlung erfolgt.

Das Feld „präventiv“ ist zu kennzeichnen für Leistungen nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, der Kinder-Richtlinie, den Mutterschafts-Richtlinien, der Krebsfrüherkennungsprogramme (KFE-RL) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie für gesetzlich vorgegebene Leistungen zur Präexposition prophylaxe nach § 20j SGB V und zur Diagnostik von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach § 87 Absatz 2a Satz 3 SGB V.

2 Unfall, Unfallfolgen

Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, wenn die Behandlung aufgrund oder als Folge eines Unfalles erforderlich wird, damit die Krankenkassen ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend machen können. Es bedeutet eine unnötige finanzielle Belastung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn bei einem Unfall das Unfallfeld nicht angekreuzt wird.

3 SSW

Bei einer vorliegenden Schwangerschaft ist die Schwangerschaftswoche in diesem Feld zu übermitteln.

4 Auftragsnummer des Labors

Das umrandete Feld „Auftragsnummer des Labors“ kann fakultativ von dem im Auftrag tätig gewordenen Arzt für eigene Zwecke genutzt werden.

5 Knappschaftskennziffer

Knappschaftsärzte tragen für die Veranlassung von Laboratoriumsuntersuchungen bei Knappschaftsversicherten die Ziffer 87777 ein.

6 Quartal

Das Quartal der Ausstellung der Überweisung ist in der Form „QJJ“ in das betreffende Feld einzutragen.

Beginnt der im Auftrag tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden.

7 Geschlecht

Das Geschlecht des Patienten wird durch einen Buchstaben angegeben (D = divers, M = männlich, W = weiblich, X = unbestimmt). Die Bedruckung erfolgt durch das Auslesen der Information von der elektronischen Gesundheitskarte.

8 Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion

Werden direkte oder indirekte Nachweise von Krankheitserregern im Rahmen einer Kontrolluntersuchung bei einer bereits bekannten Infektion beauftragt, ist das Feld „Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion“ anzukreuzen. Im Freitextfeld „Befund/Medikation“ ist zudem der Sachverhalt zu erläutern. Erkrankungen mit Meldepflicht sind § 7 Infektionsschutzgesetz zu entnehmen.

9 SER

Siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

10 Eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Absatz 3a SGB V

Sollte durch den Versicherten ein Muster 85 (Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V) vorgelegt werden, so sind durch den überweisenden Arzt nur Überweisungen im Rahmen akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft zu tätigen. Der überweisende Vertragsarzt kennzeichnet dies entsprechend durch Ankreuzen des Feldes „eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Absatz 3a SGB V“.

11 Abnahmedatum

Das Datum der Materialentnahme ist vom überweisenden Vertragsarzt, sofern vom Ausstellungsdatum der Überweisung abweichend, in das entsprechende Feld einzutragen (Form TTMMJJ).

12 Abnahmezeit

Die Abnahmezeit ist vom überweisenden Vertragsarzt, falls für die Befundung der Ergebnisse erforderlich, in das entsprechende Feld einzutragen (Form hhmm).

13 Weiterüberweisung

Der eine Auftragsleistung ausführende Arzt ist berechtigt, Teile dieses Auftrages, die er selbst nicht erbringen kann, von einem anderen Arzt als Auftragsleistung erbringen zu lassen (Weiterüberweisung). In diesem Fall hat er ebenfalls einen Überweisungsschein nach dem Muster 10 auszustellen und die betreffenden Angaben zu machen, insbesondere die Betriebsstätten- und lebenslange Arztnummer des überweisenden Vertragsarztes in das Feld Erstveranlasser zu übernehmen. Sind bereits Angaben im Feld Erstveranlasser enthalten, sind diese unverändert zu übernehmen.

14 Eilige Befundübermittlung

Der überweisende Vertragsarzt kann bei einer eiligen Befundübermittlung diese als solche kennzeichnen und angeben, ob der Befund per Telefon oder FAX übermittelt werden soll und an welche Telefon- bzw. Faxnummer der Befund nachrichtlich zu übermitteln ist.

15 Diagnose/Verdachtsdiagnose – Befund/Medikation – Auftrag

Der überweisende Vertragsarzt hat nach Nennung der Diagnose/Verdachtsdiagnose, möglichst als ICD-Code, des Befundes bzw. der Medikation die Auftragsleistungen im Auftragsfeld nach Art und Umfang konkret zu bezeichnen (Angabe der Gebührenordnungsposition oder der präzisen Leistungsbezeichnung). Der die Auftragsleistung ausführende Arzt darf nur die Untersuchungen durchführen, die im Auftragsfeld angegeben sind. Eine Erweiterung des Auftrages nach Art oder Umfang bedarf der Zustimmung des überweisenden Vertragsarztes; sie ist auf dem Vordruck zu vermerken.

Die Veranlassung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen muss entweder durch Angabe der Kennnummer 32007 oder durch Angabe im Feld „Auftrag“ kenntlich gemacht werden.

16 Barcode bei Blankoformularbedruckung

Bei Einsatz des Verfahrens zur Blankoformularbedruckung wird entweder mittels Laserdrucker oder mittels Tintenstrahldrucker ein zweidimensionaler Barcode PDF 417 aufgedruckt. Werden Tintenstrahldrucker genutzt, müssen diese die Vorgaben nach Anlage 2a BMV-Ä Nr. 1.1.3 erfüllen. Dieser Barcode enthält sämtliche Informationen des Formulars und kann von dem im Auftrag tätig werdenden Arzt automatisch ausgewertet werden.

Muster 10A: Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften

Ein Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften darf nur ausgestellt werden, wenn dem anfordernden Vertragsarzt im betreffenden Quartal eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorgelegt worden ist. Ausnahmen sind zulässig, wenn z.B. die zu veranlassenden Maßnahmen dringend erforderlich sind oder dem anfordernden Vertragsarzt die Kassenzugehörigkeit zweifelsfrei bekannt ist.

Der Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften gliedert sich in zwei Teile. Der obere Teil des Vordrucks dient der Identifikation. Der untere Teil ist der Auftragsteil. Beide Teile sind vom anfordernden Arzt auszufüllen.

Beim Befüllen bzw. Auslesen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften

10A

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum 6 Abnahmezeit 7

Muster 10A (10.2020)

1 Kurativ 1 Präventiv 1 bei belegärztl. Behandlung 2 Unfall, Unfallfolgen

3 Knappschafts-kennziffer 4 Geschlecht 5 SSW

8

9 <input type="checkbox"/> Befund eilt	1	Serum / Plasma / Vollblut	Urin
EDTA-Blut			
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	2	<input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase	<input type="checkbox"/> Gamma GT 27 <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin 42
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3	<input type="checkbox"/> Amylase 14	<input type="checkbox"/> Glukose 28 <input type="checkbox"/> Lipase 43
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> ASL 15	<input type="checkbox"/> GOT / ASAT 29 <input type="checkbox"/> Natrium 44
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt 16	<input type="checkbox"/> GPT / ALAT 30 <input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125) 45
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt 17	<input type="checkbox"/> Harnsäure 31 <input type="checkbox"/> Phosphat, anorg. 46
Gesundheitsuntersuchungen			
<input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880)	62	<input type="checkbox"/> Calcium 18	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin 34 <input type="checkbox"/> Transferrin 47
<input type="checkbox"/> Nüchternplasmaglukose (32881)	63	<input type="checkbox"/> Cholesterin 19	<input type="checkbox"/> IgA 35 <input type="checkbox"/> Triglyceride 48
<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882)	64	<input type="checkbox"/> Cholinesterase 20	<input type="checkbox"/> IgG 36 <input type="checkbox"/> TSH 49
		<input type="checkbox"/> CK 21	<input type="checkbox"/> IgM 37
		<input type="checkbox"/> CRP 23	<input type="checkbox"/> Kalium 38 Glukose-Profil
		<input type="checkbox"/> Eisen 24	<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance 40 <input type="checkbox"/> Glukose 1 51
		<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese	<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance 40 <input type="checkbox"/> Glukose 2 52
		<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt 26	<input type="checkbox"/> LDH 41 <input type="checkbox"/> Glukose 3 53
			<input type="checkbox"/> Glukose 4 54
			<input type="checkbox"/> Status 55
			<input type="checkbox"/> Mikroalbumin 56
			<input type="checkbox"/> Glukose 58
			<input type="checkbox"/> Sediment 60
			Citrat-Blut
			<input type="checkbox"/> Quick 8
			<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie 9
			<input type="checkbox"/> Thrombinzeit 10
			<input type="checkbox"/> PTT 11
			<input type="checkbox"/> Sonstiges 61

1 Leistungsart (kurativ, präventiv, bei belegärztlicher Behandlung)

Der anfordernde Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen der kurativen Versorgung, der Prävention oder bei belegärztlicher Behandlung erfolgt.

2 Unfall, Unfallfolgen

Der anfordernde Vertragsarzt teilt der Laborgemeinschaft durch Ankreuzen des Unfallfeldes mit, wenn die Behandlung aufgrund oder als Folge eines Unfalles erforderlich wird, damit die Krankenkassen ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend machen können. Es bedeutet eine unnötige finanzielle Belastung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn bei einem Unfall das Unfallfeld nicht angekreuzt wird.

3 Knappschaftskennziffer

Knappschaftsärzte tragen für die Veranlassung von Laboratoriumsuntersuchungen bei Knappschaftsversicherten die Ziffer 87777 ein.

4 Geschlecht

Das Geschlecht des Patienten wird durch einen Buchstaben angegeben (D = divers, M = männlich, W = weiblich, X = unbestimmt). Die Bedruckung erfolgt durch das Auslesen der Information von der elektronischen Gesundheitskarte.

5 SSW

Bei einer vorliegenden Schwangerschaft ist die Schwangerschaftswoche in diesem Feld zu übermitteln.

6 Abnahmedatum

Das Abnahmedatum ist in der Form TTMMJJ in das entsprechende Feld einzutragen.

7 Abnahmezeit

Die Abnahmezeit ist in der Form hhmm in das entsprechende Feld einzutragen.

8 Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Im Feld für zusätzliche Angaben zu Untersuchungen sind der im Auftrag tätigen Laborgemeinschaft für eine die Untersuchung wesentliche Angaben, beispielsweise die Urin-Sammelmenge und Sammelzeit bei der Anforderung der Kreatinin-Clearance oder wichtige Befunde und Medikationen zu übermitteln.

9 Auftragsfeld

Der anfordernde Vertragsarzt hat die Auftragsleistungen manuell durch Striche im Auftragsfeld zu vermerken. Unter „Sonstiges“ sind die nicht im Auftragsfeld benannten Leistungen des Allgemeinlabors beziehbar. Die die Auftragsleistung ausführende Laborgemeinschaft darf nur die Untersuchungen durchführen, die im Auftragsfeld angegeben sind.

10 Barcode bei Blankoformularbedruckung

Bei Einsatz des Verfahrens zur Blankoformularbedruckung wird entweder mittels Laserdrucker oder mittels Tintenstrahldrucker ein zweidimensionaler Barcode PDF 417 aufgedruckt. Werden Tintenstrahldrucker genutzt, müssen diese die Vorgaben nach Anlage 2a BMV-Ä Nr. 1.1.3 erfüllen. Dieser Barcode enthält sämtliche Informationen des Formulars und kann von dem im Auftrag tätig werdenden Arzt automatisch ausgewertet werden.

Muster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst

1. Der *Vertragsarzt* hat für die Begutachtung des Patienten durch den Medizinischen Dienst (MD) bzw. für die Beurteilung der Frage, ob es angebracht erscheint, ein Kassenmitglied dem MD vorzustellen, die erforderlichen Auskünfte auf dem als Muster 11 vereinbarten Vordruck zu erteilen.
2. Kann der Arzt noch keine Diagnose angeben, so sind stattdessen die Befunde zu vermerken.
3. Bei der Ausfüllung des Berichtes ist in der Regel von der Beurteilung des Krankheitszustandes an diesem Tag auszugehen und deren Ergebnis zu vermerken.
4. Um unnötige Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden und dem Arzt des Medizinischen Dienstes die Möglichkeit zu geben, von den Ergebnissen der bereits vorgenommenen Untersuchungen der behandelnden Ärzte auszugehen, wird auf die Übermittlung aller vorhandenen Befunde großen Wert gelegt. Aus diesem Grunde sind aktuelle, dem Arzt vorliegende Röntgenbefunde usw. gegen Rückgabe beizufügen. Grundlage hierfür ist § 276 SGB V.
5. In der Regel wird der Arzt den Bericht dem zum MD bestellten Versicherten mitgeben. Sollte er in Ausnahmefällen den Postweg für notwendig halten, so kann der Arzt im Rahmen seiner *vertragsärztlichen* Abrechnung die Portoauslagen in Rechnung stellen, sofern ihm die Krankenkasse nicht einen Freiumschlag zur Verfügung gestellt hat.
6. Legt der Arzt in Ausnahmefällen auf eine fernmündliche Rücksprache mit dem Arzt des Medizinischen Dienstes Wert, so soll der Arzt das Symbol „F“ hinter dem „Datum der letzten Untersuchung“ vermerken. Der Arzt des Medizinischen Dienstes soll sich dann mit dem behandelnden Arzt fernmündlich in Verbindung setzen, soweit es ihm möglich ist.
7. Bestehen zwischen dem *Vertragsarzt* und dem MD über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder in anderer Hinsicht Meinungsverschiedenheiten, so soll der *Vertragsarzt* unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse schriftlich unterrichten, die das Weitere veranlasst. Der *Vertragsarzt* kann die Entscheidung durch ein Zweitgutachten beantragen. Wenn das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt mit einer Gebietsbezeichnung bescheinigt war, soll für das Zweitgutachten ein Arzt des Gebietes tätig werden, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege

Grundlage der Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HKP-Richtlinie) einschließlich des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen in der Anlage zur Richtlinie. Dabei sind auch die in dem Verzeichnis enthaltenden Hinweise (siehe Spalte Bemerkung) zur Verordnungsfähigkeit zu beachten und ggf. vorliegende Besonderheiten (z.B. Beeinträchtigung der Sehfähigkeit) in der Verordnung anzugeben.

Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege nach § 4 der HKP-Richtlinie werden ebenfalls auf dem Muster 12 verordnet.

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nur zulässig, wenn Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedürfen und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. Daneben können aufgrund einer schweren Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung auch Leistungen der Unterstützungspflege zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden, soweit bei dem oder der Versicherten keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt. Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich der Vertragsarzt/die Vertragsärztin von dem Zustand des Versicherten/der Versicherten und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat, oder dass ihm/ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist nicht zulässig, wenn dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin bekannt ist, dass die Versicherten oder eine im Haushalt der Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen können. Ist dies nur für Teilbereiche möglich, ist eine Verordnung für diese Teilbereiche nicht zulässig.

Die von den Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite Muster 12a) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① **Verordnungsrelevante Diagnose(n)**

Hier sind die Diagnose(n) anzugeben, die die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege medizinisch begründen. Die Diagnosen sind nach ICD-10-GM zu verschlüsseln.

② **Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen**

Die Angabe von Einschränkungen soll verdeutlichen, warum häusliche Krankenpflege erforderlich ist. Hierbei ist auch das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Einschränkungen siehe Spalte Bemerkung) zu beachten.

den Einschränkungen ergeben. Folgeverordnungen sind innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

4 Unfall

Ergibt sich die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege infolge eines Unfalls, ist dies hier anzugeben.

5 vom - bis

Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die Maßnahmen erbracht werden sollen. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

6 Häufigkeit/Dauer

In diesen Feldern sind Häufigkeit (täglich, wöchentlich, monatlich) und Dauer (vom - bis) der zu erbringenden Maßnahmen anzugeben. Angaben zur Dauer und Häufigkeit orientieren sich am Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie. Die Angabe „Dauer“ bei einzelnen Maßnahmen ist nur bei einer Abweichung von der Dauer der gesamten Verordnung (siehe „vom - bis“) notwendig. Die Angaben zur Häufigkeit „tgl.“, „wtl.“, „mtl.“ können nebeneinander verwendet werden, um Eindeutigkeit bei der Verordnungsmenge zu erzielen. Kann die verordnete Maßnahme bspw. am Wochenende durch eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende berufstätige Person durchgeführt werden, ist die Häufigkeit mit „1 x tgl.“ und „5 x wtl.“ anzugeben.

7 Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfasst Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. Behandlungspflege als Sicherungspflege hat das Ziel, die ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern.

Die verordnungsfähigen Maßnahmen sind dem Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie zu entnehmen.

8 Medikamentengabe

Bei der Verordnung der Medikamentengabe ist Nr. 26 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Muster 12) müssen die einzelnen zu verabreichenden Präparate hervorgehen. Ebenso sind die dazugehörige Dauer und Häufigkeit der Medikamentengabe anzugeben. Die Angaben zu den Präparaten können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen.

9 Blutzuckermessung

Bei der Verordnung von Leistungen zur Blutzuckermessung ist Nr. 11 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um Blutzuckermessungen aufgrund einer Erst- oder Neueinstellung oder einer intensiven Insulintherapie handelt.

10 Kompressionsbehandlung

Bei der Verordnung von Leistungen der Kompressionsbehandlung ist Nr. 31b des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Die Kompressionsbehandlung

ist im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab Kompressionsklasse I verordnungsfähig.

11 Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Bei der Verordnung von Leistungen der Wundversorgung sind die Nummern 12 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, 31 Wundversorgung einer akuten Wunde sowie 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Muster 12) müssen die einzelnen anzuwendenden Präparate hervorgehen. Ebenso sind die dazugehörige Dauer und Häufigkeit der anzuwendenden Präparate anzugeben. Die Angaben zu den Präparaten sowie zur Wunddokumentation können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen. Außerdem müssen aus der Verordnung die Wundart, die Lokalisation sowie die aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) sowie bei einem Dekubitus der aktuelle Grad hervorgehen.

Verordnet werden kann die Wundversorgung bei einer akuten sowie einer chronischen und schwer heilenden Wunde. Liegt ein Dekubitus vor (ab Dekubitus Grad 1), ist zusätzlich eine fachgerechte Lagerung erforderlich. In diesem Fall kann die Leistung „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“ verordnet werden, sofern keine im Haushalt lebende Person diese übernehmen bzw. durch die Verordnung der Leistung **13** „Anleitung zur Behandlungspflege“ befähigt werden kann. Vor der Verordnung ist außerdem zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind - soweit bekannt - auf der Verordnung zu nennen.

Kann die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen und ist eine Versorgung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit notwendig, ist dies auf der Verordnung unter „Weitere Hinweise“ anzugeben.

12 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Hier können weitere oder andere als die unter 8. bis 11. genannten Maßnahmen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie verordnet werden.

13 Anleitung zur Behandlungspflege

Sofern die Versicherten und/oder Angehörigen zur Behandlungspflege durch den Pflegedienst angeleitet werden sollen, ist dies unter Nennung der einzelnen Leistungen der Behandlungspflege hier anzugeben. Hierbei ist Nr. 7 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten.

14 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nur im Rahmen der Unterstützungspflege oder der Krankenhausvermeidungspflege verordnet werden. Im Rahmen der Sicherungspflege setzt eine Verordnung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung voraus, dass die Satzung der Krankenkasse diese Leistungen vorsieht und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt.

15 Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

Die Verordnung von Unterstützungspflege ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt. Unterstützungspflege umfasst Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung. Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist in diesem Fall nicht erforderlich. Der Anspruch auf Unterstützungspflege besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MD verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Unterstützungspflege erfüllt sind, muss zusätzlich angegeben werden, ob Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden sollen. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können im Rahmen der Unterstützungspflege nicht eigenständig, sondern nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Grundpflege verordnet werden. Grundpflege kann im Rahmen der Unterstützungspflege eigenständig verordnet werden.

16 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn Versicherte die Zustimmung zur Krankenseinweisung verweigern. Eine Verordnung ist darüber hinaus möglich, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden wird. Dies ist gegeben, wenn durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege die ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt werden kann oder dadurch eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird. Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch der Versicherten auf Krankenhausvermeidungspflege ist auf vier Wochen begrenzt und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MD verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Krankenhausvermeidungspflege erfüllt sind, kann zusätzlich angegeben werden, ob neben der Behandlungspflege auch Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung notwendig sind.

17 Grundpflege

Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die im Rahmen der Grundpflege erforderlichen Maßnahmen sind ggf. im Feld „weitere Hinweise“ näher zu beschreiben. Die verordnungsfähigen Leistungen sind im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Nr. 1 – 4) aufgeführt.

18 Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet hauswirtschaftliche Leistungen in der Häuslichkeit des Versicherten. Die Leistungen sind im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Nr. 5) aufgeführt.

Muster 13: Heilmittelverordnung

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) ist zu beachten.

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Heilmittelverordnung 13											
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten													
Unfall-folgen			<input type="checkbox"/> 1 Physiotherapie <input type="checkbox"/> 1 Podologische Therapie <input type="checkbox"/> 1 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> 1 Ergotherapie <input type="checkbox"/> 1 Ernährungstherapie											
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
2 Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code														
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>														
3 Diagnose-gruppe	3 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> 4 a	<input type="checkbox"/> 4 b	<input type="checkbox"/> 4 c	patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/> 4									
Leitsymptomatik (<i>patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben</i>)														
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>														
5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges			6 Behandlungseinheiten											
Heilmittel														
Ergänzendes Heilmittel														
<input type="checkbox"/> 8 Therapiebericht	Hausbesuch	<input type="checkbox"/> 9 ja	<input type="checkbox"/> 9 nein	Therapie-frequenz	<input type="checkbox"/> 7									
<input type="checkbox"/> 10 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen														
<input type="checkbox"/> 11 ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise														
<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>														
<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>														
<input type="checkbox"/> 12 IK des Leistungserbringers			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes											
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														

Muster 13 (10.2020)

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdagnostik notwendig. Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist.

SER – bisher BVG

Siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

① Auswahl des Heilmittelbereichs

Auf der Verordnung ist der Heilmittelbereich anzugeben. Zur Auswahl stehen Maßnahmen der Physiotherapie, Podologischen Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie und Ernährungstherapie. Mehr als ein Kreuz darf nicht gesetzt werden.

② Behandlungsrelevante Diagnose(n)

Anzugeben ist/sind die behandlungsrelevante/n Diagnose/n. Die therapierelevante Diagnose ist als ICD-10-GM-Code anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Der standardmäßig in den elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 10 SGB V hinterlegte ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.

Zur Geltendmachung besonderer Verordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs ist grundsätzlich die Angabe des/der ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie bzw. der nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V vereinbarten Diagnoselisten notwendig. Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist.

③ Diagnosegruppe

Anzugeben ist eine Diagnosegruppe nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Bei den im Heilmittelkatalog in der jeweiligen Diagnosegruppe unter „z. B.“ aufgeführten Erkrankungen handelt es sich um eine nicht abschließende Liste an Beispieldiagnosen, die zur Orientierung für die Auswahl der jeweiligen Diagnosegruppe dient.

④ Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog

Anzugeben ist/sind eine oder mehrere verordnungsbegründende Leitsymptomatik/en nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Diese ist/sind entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik (a, b, c) und/oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen vergleichbar ist. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden.

⑤ Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Felder „Heilmittel“

Anzugeben sind verordnungsfähige Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Die konkreten Behandlungsziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden in den Abschnitten D bis H der Heilmittel-Richtlinie erläutert.

Sofern die Heilmittel-Richtlinie nichts Abweichendes bestimmt, sind Heilmittel als Gruppentherapie zu verordnen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Die podologische Behandlung erfolgt ausschließlich als Einzeltherapie.

Besonderheit: Verordnung von mehreren vorrangigen Heilmitteln

Bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Ergotherapie können maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können maximal drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden.

Besonderheit: Verordnung von Doppelbehandlungen

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. Hinter dem zu verordnenden Heilmittel ist dann z. B. der Text „als Doppelbehandlung“ einzufügen. Die Möglichkeit zur Verordnung einer Doppelbehandlung besteht nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen, Maßnahmen der Podologie sowie der Ernährungstherapie. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Sind im Feld „Verordnungsmenge“ bspw. 6 Einheiten angegeben, können 3 Doppelbehandlungen durchgeführt werden.

Besonderheit: Verordnung einer standardisierten Heilmittelkombination (Maßnahme der Physiotherapie)

Für die Verordnung einer standardisierten Heilmittelkombination nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ist in der ersten Zeile „Heilmittel“ der Text „Standardisierte Heilmittelkombination“ einzufügen. Zur Spezifikation der zur Anwendung kommenden Heilmittel können neben dem Text „Standardisierte Heilmittelkombination“ mindestens drei zur Auswahl stehende vorrangige und/oder ergänzende Heilmittel der jeweiligen Diagnosegruppe eingefügt und frei kombiniert werden (bspw. „Standardisierte Heilmittelkombination (MT;KG;KMT;Wärmetherapie)“).

Besonderheit: Verordnung von manueller Lymphdrainage

Sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind, ist eine erforderliche Kompressionsbandagierung (lymphologischer Kompressionsverband) in der gleichen Zeile anzugeben (z. B. „MLD-45 + Kompressionsbandagierung“). Gegebenenfalls erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen.

Feld „Ergänzendes Heilmittel“

Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden.

Besonderheit: Isolierte Verordnung eines ergänzenden Heilmittels

Im Heilmittelbereich Physiotherapie können Elektrotherapie oder Elektrostimulation oder Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden (ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels), soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen als ergänzende Heilmittel vorsieht. Mehr als ein ergänzendes Heilmittel je Verordnung kann nicht isoliert verordnet werden.

⑥ Behandlungseinheiten

Anzugeben ist die Anzahl der Behandlungseinheiten. Die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten darf den Wert der Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie nicht überschreiten.

Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstmenge je Verordnung des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.

Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.

Besonderheit: Verordnung von mehreren vorrangigen Heilmitteln

Bei Maßnahmen der Physiotherapie und Ergotherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden (siehe 5). Die Aufteilung der Verordnungseinheiten ist auf einem Verordnungsvordruck zu spezifizieren. Bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen aufgeteilt werden

Besonderheit: Bemessung der Behandlungseinheiten je Verordnung auf 12 Wochen

Für Verordnungen, die die Bedingungen eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 der HeilM-RL erfüllen, können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Dies gilt ebenso für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen. Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.

Die Höchstmenge je Verordnung ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ist nicht zu berücksichtigen. Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12 Wochen Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung ihre Gültigkeit.

7 Therapiefrequenz

Anzugeben ist die Therapiefrequenz. Eine Angabe ist auch als Frequenzspanne möglich. Die Therapiefrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel und der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten zu bestimmen. Der Heilmittelkatalog enthält je Diagnosegruppe Empfehlungen zur Therapiefrequenz. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt zur Orientierung, er oder sie kann hiervon in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzli-

che Dokumentation auf der Verordnung abweichen. Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die Angabe gebunden. Nur nach Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt kann die Therapeutin oder der Therapeut die Therapiefrequenz selbständig und ohne erneute Arztunterschrift ändern.

8 Therapiebericht

Das Feld Therapiebericht kann angekreuzt werden, wenn ein Therapiebericht angefordert werden soll.

9 Hausbesuch ja/nein

Das Feld „Hausbesuch – ja/nein“ ist anzukreuzen. Das Feld „ja“ ist anzukreuzen, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In allen anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - nein“ anzukreuzen. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Förder-einrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.

10 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Das Feld „dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen“ ist anzukreuzen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen muss. Ohne die Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung zu beginnen. Nach Ablauf der genannten Zeiträume verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

11 ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn das Therapieziel spezifiziert werden soll. Zudem besteht die Möglichkeit, weitere therapierelevante Befundergebnisse anzugeben. Es besteht die Möglichkeit ein Beiblatt zu nutzen, beispielsweise für die Übermittlung eines Tonaudiogramms.

12 IK des Leistungserbringers

Dieses Feld ist ausschließlich für Heilmittelleistungserbringer vorgesehen und ist nicht durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu befüllen.

Muster 14: unbesetzt

Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

1. Die Verordnung einer Hörhilfe bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument erfolgt grundsätzlich unter Verwendung des Musters 15.
2. Die Verordnung setzt eine tonaudiometrische und auch eine sprachaudiometrische Untersuchung voraus. Bei Verordnung eines Tinnitusmaskers sind die Frequenz und die Verdeckbarkeit mit zu bestimmen. Die Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument darf nur von solchen Vertragsärzten vorgenommen werden, die in der Lage sind, die erforderlichen ton- und sprachaudiometrischen Befunde vollständig zu erheben und die entsprechende Indikationsstellung vorzunehmen. Es ist nicht statthaft, hiermit Hörgeräteakustiker zu beauftragen und dann entsprechend deren Angaben das Ausfüllen des Musters 15 vorzunehmen.
3. Der Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen, ob es sich um eine Erst- oder Nachversorgung handelt. Eine Nachversorgung ist zu begründen.
4. Bei Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument ist durch Ankreuzen kenntlich zu machen, ob die Versorgung rechts, links oder beidseitig notwendig ist.
5. Auf dem Verordnungsblatt ist durch Ankreuzen zu kennzeichnen, ob die Versorgung mit einer Hörhilfe aufgrund eines Unfalls, Unfallfolgen notwendig ist. Bei Vorliegen von SER – bisher Versorgungsleiden (BVG) – siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.
6. Der Vertragsarzt hat sich nach Anpassung der verordneten Hörhilfe davon zu überzeugen, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird und auf dem Vordruck zu bestätigen, dass das Gerät zweckmäßig ist.

Der Vertragsarzt hat sich bei der Versorgung mit einem Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument von der ausreichenden Zweckmäßigkeit für den Versicherten zu überzeugen und dies auf dem Vordruck zu bestätigen.

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Der Vertragsarzt darf nur Arzneiverordnungsblätter verwenden, die diejenige Betriebsstätten-Nr. in der Codierleiste ① enthalten, an deren zugehöriger Betriebsstätte er die jeweilige Leistung erbracht hat. Abweichend davon sind für die Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen durch psychologische Psychotherapeuten Arzneiverordnungsblätter zu verwenden, bei denen in der Codierleiste die Nummern „99999999“ (9 x 9) eingedruckt sind. Wurde im Personalienfeld die Arzt-Nr. bereits eingedruckt, ist eine aushilfsweise Weitergabe des gekennzeichneten Vordrucks an einen anderen Vertragsarzt nicht statthaft.

Auf dem Arzneiverordnungsblatt können bis zu drei verschiedene Arznei- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen verordnet werden. Für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln sowie von digitalen Gesundheitsanwendungen sind getrennte Verordnungsblätter zu verwenden.

Bei der Verordnung von Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Vordrucks benutzt werden. Pro Rezeptur ist hierbei ein Verordnungsblatt zu verwenden.

Rezepturen zur parenteralen Anwendung können dabei für den Bedarf bis zu einer Woche verordnet werden. Voraussetzung hierfür ist, die einzeln anzuwendenden Zubereitungen sind nach Art und Menge identisch (z.B. Infusionsbeutel). Aus Fertigarzneimitteln entnommene, patientenindividuelle Teilmengen (insbesondere Wochenblister) können im Rahmen einer Dauermedikation für den Bedarf bis zu vier Wochen verordnet werden.

Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln sowie von digitalen Gesundheitsanwendungen bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Das Arzneiverordnungsblatt kann nicht verwendet werden

- für die Verordnung von Betäubungsmitteln. Betäubungsmittel dürfen auf Grund der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung nur auf dem dreiteiligen amtlichen Formblatt des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte verordnet werden.
- für die Verordnung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid. Hierfür ist aufgrund der Arzneimittel-Verschreibungsverordnung der zweiteilige amtliche Vordruck („T-Rezept“) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu verwenden.
- für die Verordnung von Mitteln und Maßnahmen, die nicht zur Behandlung des Patienten notwendig sind oder die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen (z.B. empfängnisverhütende Mittel für Versicherte, die das 22. Lebensjahr vollendet haben). Hier ist ein Privatrezept zu verwenden.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

② Rezept: Gebühr frei bzw. Gebührenpflichtig
Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Verordnung gebührenpflichtig und damit das Feld „Geb.-pfl.“ anzukreuzen ist.

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- wenn Arznei- und Verbandmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden,
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers,
- bei Verordnungen für Versicherte mit einem Versorgungsleiden,
- bei Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen
- sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

The image shows a standard German medical prescription form (Muster 16) with several fields and checkboxes. The form is annotated with green circles and numbers 1 through 15, corresponding to the numbered list below. A large 'MUSTER' watermark is visible across the center. The form includes fields for patient name, insurance status, medication details, and payment information.

3 Befreiung von der Notdienstgebühr

Wird das Arzneimittel im Notdienst der Apotheke (innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 EUR) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (Ankreuzen des Feldes „noctu“) anbringt.

4 Sonstige

Bei einer Verordnung zu Lasten eines Sonstigen Kostenträgers wie Postbeamtenkrankenkasse A, Freie Heilfürsorge der Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr u. a. ist das Feld „Sonstige“ anzukreuzen.

5 Unfall / Arbeitsunfall

Wenn eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers ausgestellt wird, so sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers auch Unfalltag und Unfallbetrieb (ggf. Kindergarten, Schule, Hochschule) in den dafür vorgesehenen Feldern anzugeben. Weiterhin ist das Ankreuzfeld „Arbeitsunfall“ zu kennzeichnen. Erfolgt die Befüllung des Personalienfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte, so ist unbedingt die Kostenträgerkennung zu streichen.

Wenn die Verordnung Folge eines Unfalls ist, der aber kein Arbeitsunfall, sondern Haus-, Sport- oder Verkehrsunfall war, ist das Feld „Unfall“ anzukreuzen.

6 SER – bisher BVG

Siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

7 Sonderkennzeichen bei der Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln

Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln sind folgende Sonderkennzeichnungen auf dem Verordnungsblatt vorzunehmen:

Bei der Verordnung

- von Impfstoffen im Rahmen der gültigen Impfvereinbarung ist das Feld 8 durch Eintragen der Ziffer 8 zu kennzeichnen.
- von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen.
- von Sprechstundenbedarf ist
 - o bei Arznei- und Verbandmitteln das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.
 - o bei Hilfsmitteln das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 und das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen.
 - o von Impfstoffen das Feld 8 durch Eintragen der Ziffer 8 und das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.

8 Begründungspflicht

Das Feld „Begründungspflicht“ ist zurzeit nicht besetzt und wird vorerst zur Kennzeichnung von zahnärztlichen Verordnungen verwendet.

9 Abrechnungsfelder

Die Abrechnungsfelder im rechten oberen Teil des Arzneiverordnungsblattes (Leistungserbringer IK (z.B. Apotheken-IK), Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr., Faktor, Taxe) werden von der abgebenden Stelle (Apotheke, Sanitätshaus) ausgefüllt.

10 Aut idem

Soll ausgeschlossen werden, dass die Apotheken ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben, ist das Aut-idem-Feld auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen.

Hinweis:

Wurde kein Aut-idem-Kreuz gesetzt, kann eine Substitution durch die Apotheken entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und den Bestimmungen des zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. getroffenen Rahmenvertrages nach § 129 SGB V erfolgen.

Arzneimittel, die einen Wirkstoff enthalten, der auf der Substitutionsausschlussliste (Arzneimittel-Richtlinie, Anlage VII Teil B) steht, können von der Apotheke auch ohne Setzen des Aut-idem-Kreuzes nicht ausgetauscht werden.

11 Verordnungen im Rahmen einer „künstlichen Befruchtung“ oder einer „Ersatzverordnung nach § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“. Der Vertragsarzt hat für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach § 27a SGB V

(Künstliche Befruchtung) auf dem Verordnungsblatt die Information „Verordnung nach § 27a SGB V“ anzugeben. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass bei diesen Verordnungen die Krankenkasse nur 50% der Kosten trägt und nur diese von der Apotheke gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden können. Die anderen 50% sind vom Versicherten zu übernehmen.

Muss für ein Arzneimittel aufgrund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, ist die erneute Verordnung eines Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels auf einem separaten Arzneiverordnungsblatt vorzunehmen und mit dem Aufdruck „Ersatzverordnung gemäß § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“ zu versehen.

12 Dosierung

Bei der Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels muss eine Dosierung angegeben werden. Dies gilt nicht, wenn dem Patienten ein Medikationsplan, der das verschriebene Arzneimittel umfasst, oder eine entsprechende schriftliche Dosierungsanweisung einer verschreibenden Person vorliegt und wenn die verschreibende Person dies in der Verschreibung gekennzeichnet hat oder wenn das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird.

Die Kennzeichnung erfolgt bei der Verwendung von Verordnungssoftware gemäß den Vorgaben der Anlage 23 BMV-Ä (AVWG-Anforderungskatalog) mittels „>>...<<“ (zum Beispiel „>>0-0-1<<“; „>>morgens und abends 1 Tablette<<“) oder mittels „>>Dj<<“ (= ja, es liegt eine schriftliche Dosierungsanweisung vor) jeweils hinter dem verordneten Arzneimittel am Ende der Verordnungszeile. Bei Ausstellung ohne Verordnungssoftware und/ oder handschriftlicher Kennzeichnung kann die Angabe ohne umrahmende Zeichen (zum Beispiel „0-0-1“; „morgens und abends 1 Tablette“; „Dj“; „gemäß schriftlicher Anweisung“; „siehe Medikationsplan“ oder inhaltlich ähnliche Formulierungen) erfolgen.

13 Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen („Gesundheits-Apps“) nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7a SGB V

Für die Verordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7a SGB V ist das Verordnungsfeld wie folgt auszufüllen (Leerräume sind durchzustreichen):

Zeile 1: Digitale Gesundheitsanwendung

Zeile 2: Unbesetzt

Zeile 3: PZN

Zeile 4: Unbesetzt

Zeile 5: Bezeichnung der Anwendung

Zeile 6: Unbesetzt

Es darf immer nur eine digitale Anwendung je Arzneiverordnungsblatt verordnet werden.

14 Fälschungssicheres Ausfüllen des Arzneiverordnungsblattes

Beim Ausfüllen des Arzneiverordnungsblattes ist darauf zu achten, dass keine Leerräume verbleiben oder entstehen, die für Manipulationen benutzt werden können. Um

zu vermeiden, dass unbefugter Weise noch weitere Arzneiverordnungen (insbesondere mit Suchtpotenzial) hinzugefügt werden können, hat der Vertragsarzt seine Unterschrift unmittelbar unter die letzte Verordnung auf das Arzneiverordnungsblatt zu setzen.

15 Position des Vertragsarztstempels

Sofern die Inhalte des Vertragsarztstempels auf dem Arzneiverordnungsblatt nicht bereits eingedruckt sind ist darauf zu achten, dass der Vertragsarztstempel im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt wird. Eine Überstempelung darf weder in das darüber liegende noch in das darunterliegende Feld erfolgen, weil sonst eine maschinelle Lesung dieser Felder nicht möglich ist.

Patientenausdruck für das eRezept

Ausdruck zur Einlösung Ihres E-Rezeptes

für Dr. Erika Freifrau von 1 Mustermann	geboren am 13.12.1987
ausgestellt von Dr. Monika Freifrau von Mustermann Praxis für Innere Medizin 030/42555555 praxis@praxis.de 3	ausgestellt am 03.04.2023



5
Teil 1 von 4 ab 03.04.2023
1x Euthyrox 75 Mikrogramm /
100 St N3
1-0-0-0
PZN:02754708 Kein Austausch



6
1x Ibuprofen / 600mg / 50
St N2
1-0-0-0



7
1x Hydrophile
Betamethasonvalerat-
Hautemulsion 0,05% (NRF
11.47.) 50 Gramm



Die App zum E-Rezept
Einfach – Schnell – Flexibel
E-Rezepte jetzt papierlos empfangen



Die Voraussetzungen und weitere Informationen finden Sie online auf www.das-e-rezept-fuer-deutschland.de und bei der technischen Hotline 0800 277 377 7

Sammekode zur Einlösung aller Verordnungen **2**

Tokenausdruck DIN A5 (4/2023) **8**

Bei Ausstellung einer elektronischen Arzneimittelverordnung gemäß Anlage 2b BMV-Ä erhält der Patient auf Wunsch einen Patientenausdruck nach § 360 Absatz 9 SGB V, um damit die Apotheke zu autorisieren, das eRezept vom Fachdienst abzurufen.

Der Ausdruck wird von der Verordnungssoftware automatisch erzeugt und wird in der Größe DIN A5 auf Papier des Formats DIN A4 oder DIN A5 gedruckt.

Auf dem Patientenausdruck ist eine Unterschrift oder ein Stempel nicht erforderlich.

Die in den Data-Matrix-Codes ❶ enthaltenen Informationen ermöglichen die Einlösung in der Apotheke. Zudem sind Angaben zur Praxis und den verordneten Arzneimitteln zur Information der Patienten enthalten.

Muster 17 und 18: **unbesetzt**

Muster 19: Notfall-/Vertretungsschein

1. Der Notfall-/Vertretungsschein für ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung und Notfall hat in der für die Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung bestimmten Ausfertigung (Teil a) wegen datenschutzrechtlicher Beanstandungen teilweise eine Schwärzung erhalten. Diese Teile des Vordruckes sind nach Hochklappen des ersten Blattes ab Blatt 2 auszufüllen. Der Ausdruck mittels EDV erfolgt ab Blatt 1 im geschwärzten Feld.
2. Das Muster 19b ist vom behandelnden Arzt zu unterschreiben und dem weiterbehandelnden Arzt als Mitteilung zuzustellen. Die weitere Durchschrift (Muster 19c) verbleibt beim vertretenden Arzt.
3. Das Geschlecht des Patienten wird im rechten Feld durch einen Buchstaben angegeben (D = divers, M = männlich, W = weiblich, X = unbestimmt). Die Bedruckung erfolgt durch das Auslesen der Information von der elektronischen Gesundheitskarte.
4. Die Nutzung von Muster 19b kann entfallen, sofern es keiner Informationsübermittlung an einen weiterbehandelnden Arzt bedarf oder die Informationsübermittlung auf geeignete Weise, bspw. in Form eines Arztbriefes, erfolgt.

Muster 20: Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <hr/> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.</p> <hr/> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<h3 style="margin: 0;">Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</h3> <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin: 0;">20</p> <p>zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>①</p> <hr/> <p>Stunden täglich ①</p>
--	---

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

② vom	② bis	② Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	② Stunden täglich
TTMMJJ	TTMMJJ		

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

③ Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

④ Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

nein

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Muster 20a (1.2019)

Bei wochen- oder monatelang fortbestehender Arbeitsunfähigkeit kann eine Rückkehr an den Arbeitsplatz auch bei weiterhin notwendiger Behandlung sowohl betrieblich möglich als auch aus therapeutischen Gründen angezeigt sein. Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung soll der Arbeitnehmer schonend aber kontinuierlich an die Belastung seines Arbeitsplatzes herangeführt werden. Auch während einer stufenweisen

Wiedereingliederung besteht Arbeitsunfähigkeit und die Attestierung der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit erfolgt weiterhin auf der AU-Bescheinigung (Muster 1). Die stufenweise Wiedereingliederung soll in vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Versichertem, behandelndem Arzt, Arbeitnehmervertretung, Arbeitgeber, Betriebsarzt, Krankenkasse und ggf. dem Medizinischen Dienst sowie dem Rehabilitationsträger erfolgen.

Grundlage der Beurteilung der stufenweisen Wiedereingliederung sind die Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung gemäß Anlage der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

1 zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Stunden täglich

Hier sind durch den Arzt die vom Patienten zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie die Anzahl der täglichen Arbeitsstunden vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

2 vom (Datum) bis (Datum), Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen), Stunden täglich
In diesen Feldern ist die zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten abgestimmte Ausgestaltung der stufenweisen Wiedereingliederung anzugeben.

Mit der Angabe des Zeitraums und der täglichen Arbeitszeit in Stunden sowie der Art der Tätigkeit einschließlich ggf. bestehender Belastungseinschränkungen (z.B. „Tätigkeit nur im Sitzen“, „Darf nicht heben“) gibt der Arzt auf Basis des aktuellen Gesundheitszustands eine Empfehlung zur Ausgestaltung der stufenweisen Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit. Hierbei handelt es sich explizit um eine prognostische Einschätzung, die zum Zeitpunkt des Ausstellens des Musters 20 getroffen wird. Der prognostische Charakter bezieht sich auch auf den letzten Tag der stufenweisen Wiedereingliederung, der in der Regel dem voraussichtlich letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit entspricht.

Die Wiedereingliederung sollte in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

Sofern sich Änderungen am vereinbarten Ablauf der Wiedereingliederung ergeben, sind die Beteiligten unverzüglich darüber zu informieren, ggf. ist ein neuer Wiedereingliederungsplan zu erstellen.

3 Erklärung des Versicherten

Voraussetzung für eine stufenweise Wiedereingliederung ist das Einverständnis des Versicherten.

4 Erklärung des Arbeitgebers

Die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung erfordert die Zustimmung des Arbeitgebers. Dieser gibt an, ob er mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan einverstanden ist oder unter welchen weiteren Voraussetzungen das Einverständnis erfolgen kann.

Im Weiteren gibt der Arbeitgeber an, ob für die geleisteten Stunden ein (Teil-) Arbeitsentgelt gezahlt wird.

Muster 21: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

1. Für die Gewährung von Krankengeld bei Erkrankung eines noch nicht 12 Jahre alten Kindes, das der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege durch den Versicherten bedarf, benötigen die Krankenkassen eine ärztliche Bescheinigung in Form des Musters 21.
2. Im Personalienfeld der ärztlichen Bescheinigung sind lediglich Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die Wohnung des Kindes anzugeben. Die Angabe der zuständigen Krankenkasse ist entbehrlich.

Muster 22: Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

1. Zur Einholung des Konsiliarberichtes überweist der Psychologische Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Psychotherapie den Patienten an einen Konsiliararzt. Auf der Überweisung hat er dem Konsiliararzt eine kurze Information über die von ihm erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zukommen zu lassen.
2. Der Konsiliararzt hat den Konsiliarbericht nach Anforderung durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.
3. Der Konsiliarbericht ist vom Konsiliararzt insbesondere zum Ausschluss somatischer Ursachen und gegebenenfalls psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Ursachen abzugeben. Er sollte ggf. Angaben zu folgenden Sachverhalten enthalten:
 - Aktuelle Beschwerden des Patienten,
 - psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes),
 - im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevante anamnestiche Daten,
 - zu einer gegebenenfalls notwendigen psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung, relevante stationäre und/oder ambulante Vor- und Parallelbehandlungen inklusive gegebenenfalls laufende Medikation,
 - medizinische Diagnose(n), Differential- und Verdachtsdiagnose(n),
 - gegebenenfalls Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, zu gegebenenfalls erforderlichen weiteren ärztlichen Untersuchungen, und zu gegebenenfalls bestehenden Kontraindikationen für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Der Konsiliararzt teilt der Krankenkasse nur die für ihre Leistungsentscheidung notwendigen Angaben mit.

4. Der Konsiliararzt liest die elektronische Gesundheitskarte des Patienten ein und gibt Namen sowie Arzt- und Betriebsstättennummer des überweisenden Therapeuten an. Beides geht aus dem für ihn bestimmten Überweisungsformular Muster 7 hervor.
5. Der Arzt kann feststellen, ob für die beantragte psychotherapeutische Behandlung eine Kontraindikation besteht und/oder die Notwendigkeit für die Mitbehandlung eines Arztes feststellen. Kreuzt er keines der hierfür vorgesehenen Felder

an, bestehen keine Bedenken hinsichtlich der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Bei ärztlicher Mitbehandlung gibt er die Art der Maßnahme an.

Ist eine psychotherapeutische Behandlung nach Ansicht des Arztes kontraindiziert und wird trotzdem ein Antrag auf therapeutische Behandlung bei der Krankenkasse gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst.

6. Die folgenden Angaben sind nur zur Einsicht für den Therapeuten (Muster 22a), den Konsiliararzt (Muster 22c) und gegebenenfalls den Gutachter oder Obergutachter (Muster 22b) selbst bestimmt, die Krankenkasse (Muster 22d) erhält keine Einsicht.
7. Die Angaben des Konsiliarberichtes - Aktuelle Beschwerden, Stichwortartige Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Daten und insbesondere der somatische Befund - müssen vom untersuchenden Arzt gemacht werden, die darauffolgenden Angaben können gegebenenfalls erfolgen.
8. Der Konsiliararzt übersendet dem Therapeuten das für ihn bestimmte Original, Muster 22d wird vom Konsiliararzt direkt an die Krankenkasse des Patienten übersandt. Muster 22b wird gegebenenfalls im verschlossenen Umschlag dem Bericht an den Gutachter beigelegt, Muster 22c verbleibt beim Konsiliararzt.

Muster 23 und 24: unbesetzt

Muster 25: Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V

1. Das Muster 25 wird von den Krankenkassen vorgehalten.
2. Die Gestaltung der **Vorderseite** des Musters 25 bleibt der Krankenkasse überlassen.
3. Der Vertragsarzt hat für die Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten die erforderlichen Auskünfte auf der **Rückseite** des Vordruckmusters 25 zu erteilen. Dabei ist anzugeben, ob diese Vorsorgeleistung bei Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung, zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten oder bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern durchzuführen ist.
4. Die Angabe der Diagnose(n) hat in Klarschrift und nicht nach ICD-10-SGB V zu erfolgen.
Bei Ursache 3 „Gesundheitsschäden nach dem BVG“ jetzt SER siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.
5. Falls besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen sind, sind diese separat zu nennen.
6. Falls ein Kurort geeignet erscheint, kann dieser vorgeschlagen werden. Die Krankenkasse ist an diesen Vorschlag nicht gebunden.
7. Der Vertragsarzt kann anregen, dass die Vorsorgeleistung als Kompaktkur durchgeführt werden soll. Durch eine Kompaktkur soll eine indikationsspezifische Ausrichtung der Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitsbildern (z.B. Rückenleiden, Osteoporose, Atemwegserkrankungen) erreicht werden. Die Behandlung und Betreuung dieser Patienten am Kurort soll während der gesamten Dauer – getrennt nach Indikation – in stabilen Gruppen erfolgen.
8. Aufgrund der Angaben des Vertragsarztes prüft die Krankenkasse ihre Leistungspflicht und stellt den Kurarztschein (Anlage 3 zum Kurarztvertrag) aus. Der Kurarztschein wird dem Vertragsarzt vor Beginn der Maßnahme durch den Versicherten vorgelegt und ist vom Vertragsarzt auf der rechten Seite zu ergänzen.

Muster 26: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

Die Verordnung von Soziotherapie dürfen folgende Ärzte vornehmen:

- Fachärzte für Neurologie,
- Fachärzte für Nervenheilkunde,
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL) ist zu beachten.

Der Vordruck hat zwei Durchschläge:

- das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse,
- der 1. Durchschlag ist für den soziotherapeutischen Leistungserbringer und
- der 2. Durchschlag verbleibt beim Arzt.

Der ausgefüllte Vordruck muss zusammen mit dem Soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies muss spätestens am 3. Arbeitstag nach Ausstellung der Verordnung erfolgen. Bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Diagnose (ICD-10-Code)

Hier ist die therapierelevante Diagnose als ICD-10-GM-Code verschlüsselt einzutragen.

② Schweregrad (lt. GAF-SKALA)

Neben der Angabe des therapierelevanten ICD-10-GM-Codes, ist für die Verordnung einer Soziotherapie die Fähigkeitsstörung immer maßgeblich. Die Fähigkeitsstörung wird mittels der GAF-SKALA dargestellt und umfasst in der ST-RL zwei definierte Bereiche:

§ 2 Absatz 2, 3 und 4 der Soziotherapie-Richtlinie – GAF-SKALA: Orientierungswert 40 (höchstens ≤ 50)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

26

Diagnose (ICD-10-Code)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

8 Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten **9**

Voraussichtliche Dauer der Therapie **10**

Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten **11**

Bereits durchgeführte Leistungen **12**

13 Prognose

14 Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig

Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 26a (10.2017)

Für die hier genannten schweren psychischen Krankheiten, vor allem aus dem schizophrenen Formenkreis, ist die Verordnung einer Soziotherapie möglich, sofern die Beeinträchtigung der Fähigkeiten mit einem Ausmaß auf der GAF-SKALA höchstens zwischen 40 und 50 vorliegt.

§ 2 Absatz 5 der Soziotherapie-Richtlinie – GAF-SKALA mit einem Wert ≤ 40

Die Verordnung von Soziotherapie ist darüber hinaus bei allen schweren psychischen Krankheiten mit Diagnosen aus gesamten Bereich F00 bis F99 möglich, sofern die Beeinträchtigung der Fähigkeiten mit einem Wert von höchstens 40 plus eines der in Absatz 5 der Soziotherapie-Richtlinie genannten Kriterien vorliegt. Beispiele für diese Kriterien sind, dass der Patient relevante Co-Morbiditäten (psychiatrisch oder somatisch) hat oder eine stark eingeschränkte Wegefähigkeit aufweist (siehe auch ⑤).

③ Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Falls bekannt ist, seit wann die Erkrankung besteht, ist hier das entsprechende Datum im Format TTMMJJ (z. B. 09.08.17) einzutragen.

④ Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörung

An dieser Stelle erfolgt eine Angabe in Stichworten zur Fähigkeitsstörung, welche mit dem unter ② angegebenen GAF-Wert korrespondiert.

Beispiel:

GAF-Wert ist 43, Fähigkeitsstörungen sind: Antrieb, Ausdauer und Belastbarkeit des Patienten sind gestört; er ist unfähig, sein Tun zu strukturieren; sein planerisches Denken und Handeln sowie sein Bezug zur Realität sind eingeschränkt.

⑤ Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten/ Sonstige Einschränkungen

Sofern Soziotherapie bei Erkrankungen aus dem Bereich F00 bis F99 verordnet wird, die nicht bereits in § 2 Absatz 2, 3 und 4 der Soziotherapie-RL genannt sind und eine Beeinträchtigung der Aktivität mit einem GAF-Wert ≤ 40 vorliegt (siehe auch ②), sind hier zusätzliche Angaben zu vorliegenden Co-Morbiditäten oder sonstigen Einschränkungen zumachen. Co-Morbiditäten können sowohl psychiatrisch (z. B. Persönlichkeitsstörung) als auch somatisch (z. B. chronische Schmerzkrankung) sein.

⑥ Angaben des Versicherten

Neben den Adressdaten ist hier die Angabe zur Wohnform anzugeben. Hierbei prüfen die Krankenkassen, ob der Versicherte z.B. in einer Einrichtung wohnt (z. B. Betreutes Wohnen), die aufgrund ihrer Struktur die Inhalte von soziotherapeutischen Maßnahmen bereits vorhält.

⑦ Angaben des nächsten Angehörigen

An dieser Stelle werden die Kontaktdaten eines nächsten Angehörigen (z. B. Elternteil, Ehepartner oder volljähriges Kind) eingetragen, um dem Leistungserbringer im Bedarfsfall Rücksprachen und Abstimmung mit den Angehörigen zu ermöglichen.

⑧ Angaben zum Betreuer

Ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt worden, so ist ein entsprechendes Kreuz zu setzen und es sind die Kontaktdaten aufzunehmen; zudem sollten, soweit bekannt, die von dem gesetzlichen Betreuer übernommenen Betreuungsangelegenheiten benannt werden.

⑨ Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten / ⑩ Voraussichtliche Dauer der Therapie

Sofern eine Einschätzung über die insgesamt erforderliche Anzahl der Therapieeinheiten bzw. über die Dauer der kompletten Therapie möglich ist, sind die Felder entsprechend auszufüllen.

11 Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten

Hier ist die Zahl der aktuell beantragten Soziotherapieeinheiten einzutragen. Eine Verordnung kann für maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden.

12 Bereits durchgeführte Leistungen

Ist dem verordnenden Arzt/Psychotherapeut bekannt, dass bereits Leistungen von Soziotherapie (Therapieeinheiten) im Rahmen des vorliegenden Krankheitsfalles und innerhalb der letzten 3 Jahre durchgeführt worden sind, so ist dies in diesem Feld anzugeben.

13 Prognose

Mit der Verordnung von Soziotherapie wird u. a. das Ziel verfolgt, den Versicherten zu befähigen, fachärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. An dieser Stelle wird prognostiziert, dass der Versicherte mit der Anzahl der verordneten Therapieeinheiten dazu in die Lage versetzt werden kann.

14 Krankenhausbehandlung (wird vermieden/ wird verkürzt/ ist nicht ausführbar)

Da Soziotherapie nur verordnet werden kann, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist, ist hier die entsprechende Angabe anzukreuzen.

Muster 27: Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Behandlungsplan</h2> <h3 style="margin: 0;">gem. § 37a SGB V</h3> <p style="margin: 0;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> </div> <div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																	
Name, Vorname des Versicherten																	
		geb. am															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 1 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">IK des Leistungserbringers</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table> </div>	IK des Leistungserbringers		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 2 Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren) <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </div>														
IK des Leistungserbringers																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 3 Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist 1. <hr/> 2. <hr/> 3. <hr/> 4. <hr/> 5. <hr/> 6. <hr/> 7. <hr/> 8. <hr/> 9. <hr/> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 4 Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 25%;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 25%;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </div>		Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Ausstellungsdatum </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 150px; height: 100px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Datum Unterschrift des Therapeuten </div>															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Datum Unterschrift des Patienten </div>																

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsprozesses zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient. Der Betreuungsplan ist Basis der Therapie. In regelmäßigen Abständen werden Therapieverlauf und -ziele von allen Beteiligten beraten und der Plan ggf. angepasst.

Der Soziotherapeutischen Betreuungsplan muss zusammen mit dem ausgefüllten Vordruck Muster 26 der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies muss spätestens am 3. Arbeitstag nach Ausstellung der Verordnung erfolgen. Bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL) ist zu beachten.

Der Vordruck hat zwei Durchschläge:

- das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse,
- der 1. Durchschlag ist für den soziotherapeutischen Leistungserbringer und
- der 2. Durchschlag verbleibt beim Arzt.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① IK des Leistungserbringers

Hier ist das Institutionskennzeichen des soziotherapeutischen Leistungserbringers einzutragen.

② Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Der soziotherapeutische Betreuungsplan entsteht in Absprache zwischen dem behandelnden Vertragsarzt/Psychotherapeut dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten und soll von allen unterschrieben werden. Er enthält die Therapieziele, die in Nah- und Fernziele unterschieden werden. Nahziele sind zum Beispiel die Steigerung der Belastungsfähigkeit oder die Verhinderung eines Krankenhausaufenthalts. Ein Fernziel ist zum Beispiel das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit.

③ Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

Hier sind die Maßnahmen zu benennen, die den Patienten befähigen sollen, die unter 2. aufgeführten Therapieziele zu erreichen. Maximal 9 Maßnahmen, können hier eingetragen werden. Beispiele für solche Maßnahmen sind die Inanspruchnahme der psychiatrischen Sprechstunde, anderer vertragsärztlicher Therapien, Ergotherapie oder Psychotherapie.

④ Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Hier werden die Angaben zur Art der Maßnahmen mit Angaben zur Frequenz pro Woche / Monat und dem Zeitraum versehen. Beispiele für diese Maßnahmen sind praktische Übungen zur Steigerung der Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer; Analyse der häuslichen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie Stärkung der Krankheitswahrnehmung.

Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

Andere Ärzte als die gemäß der Soziotherapie-Richtlinie (§ 4 Abs. 2 und 3) berechtigten Ärzte können den Patienten mit Muster 28 zu einem verordnungsberechtigten Facharzt bzw. Psychotherapeuten überweisen, wenn sie begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine Indikation für Soziotherapie vorliegt. Ist der verordnende Arzt außerdem der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, die Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann mit der Verordnung auf Muster 28 einen soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzugezogen.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL) ist zu beachten.

Der Vordruck hat zwei Durchschläge:

- das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse,
- der 1. Durchschlag erhält der soziotherapeutische Leistungserbringer,
- der 2. Durchschlag verbleibt bei dem Arzt.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Diagnose (ICD-10-Code)

Hier ist die (Verdachts-) Diagnose als ICD-10-GM-Code verschlüsselt einzutragen.

② Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Falls bekannt ist, seit wann die Erkrankung besteht, ist hier das entsprechende Datum im Format TTMMJJ (z. B. 09.08.17) einzutragen.

③ Krankenhausbehandlung (wird vermieden / wird verkürzt / ist nicht ausführbar)

Da Soziotherapie nur verordnet werden kann, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist, ist hier die entsprechende Angabe anzukreuzen.

④ Erklärung des Arztes

Ziel der Verordnung ist es, dass der Patient ärztliche bzw. psychotherapeutische und verordnete Leistungen selbständig in Anspruch nehmen kann. Um dies zu erreichen, wird ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen. Hier werden Name und Adresse des Soziotherapeuten auf dem Vordruck angegeben. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß § 2 der Soziotherapie-Richtlinien kommt.

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose (ICD-10-Code)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) TTMMJJ

- 3 Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

4 **Erklärung des Arztes**

Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ Ort

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

5 IK des Leistungserbringers

6 **Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers**

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text"/>

7 **Bemerkungen zur Abrechnung**

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN

BIC Geldinstitut

Diese Ausfertigung ist vom psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Die folgenden Felder sind vom soziotherapeutischen Leistungserbringer auszufüllen

5 IK des Leistungserbringers

Hier ist das Institutionskennzeichen des soziotherapeutischen Leistungserbringers einzutragen.

6 Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Zur Unterstützung der Inanspruchnahme der Überweisung stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Behandlungseinheiten zur Verfügung. In diesem Feld sind die Daten und die Beschreibung der Maßnahmen einzutragen. Diese Behandlungseinheiten werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet.

Verordnungen auf Muster 28 bedürfen nicht der Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Wenn der Patient trotz soziotherapeutischer Unterstützung nicht den Facharzt aufsucht oder der Facharzt keine weitere Soziotherapie verordnet, sind die erbrachten Behandlungseinheiten trotzdem abrechenbar. Die Abrechnung erfolgt auf Muster 28.

7 Bemerkungen zur Abrechnung

Hier werden die Kontodaten des soziotherapeutischen Leistungserbringers eingetragen.

Muster 29 bis 35: unbesetzt

Muster 36: Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Empfehlung 36 zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V <input type="checkbox"/> 1 Bewegungsgewohnheiten <input type="checkbox"/> 1 Ernährung <input type="checkbox"/> 1 Stressmanagement <input type="checkbox"/> 1 Suchtmittelkonsum Sonstiges <input type="checkbox"/> 1
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<p>Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.</p> <p>Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			<div style="border: 1px solid red; padding: 10px; text-align: center; color: red; font-size: 2em; transform: rotate(-15deg); opacity: 0.5;">MUSTER</div> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-size: 0.8em;">Muster 36 (7.2017)</p>

Mit der Präventionsempfehlung kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt einer Patientin oder einem Patienten eine Maßnahme zur Primärprävention von Krankheiten in Form einer ärztlichen Bescheinigung zu Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum oder sonstigen Bereichen empfehlen. Die Patientin oder der Patient kann mit der Präventionsempfehlung einen geeigneten Kurs bei ihrer oder seiner Krankenkasse beantragen. Ein Anspruch besteht dadurch zwar nicht, die Krankenkasse soll die Präventionsempfehlung bei ihrer Entscheidung jedoch berücksichtigen.

1 Bewegungsgewohnheiten / Ernährung / Stressmanagement / Suchtmittelkonsum / Sonstiges

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt wählt ein oder mehrere Handlungsfelder aus, die sie oder er der Patientin oder dem Patienten empfiehlt. Unter „Sonstiges“ sind nähere Angaben zu nicht aufgeführten Handlungsfeldern zu machen.

2 Hinweise des behandelnden Arztes

Hier kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Hinweise für den Patienten oder die Krankenkasse geben, sowie nähere Angaben zu empfohlenen Maßnahmen. Außerdem sollen bestehende Kontraindikationen für bestimmte Maßnahmen aufgeführt werden.“

Muster 37 und 38: unbesetzt

Muster 39: Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1 Alterskategorie

20-29 Jahre
 30-34 Jahre
 ab 35 Jahre

2 Auftrag
(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

Primär-screening
 Abklärungsdiagnostik
 Zytologie
 HPV-Test
 Ko-Testung (Zyt.+HPV)

3 Anamnese
 Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein
 ja, zuletzt T T M M J J

Gruppe _____

HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis

vollständig liegt nicht vor
 unvollständig liegt vor
 keine positiv
 unklar negativ
 nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein
 ja Welche? _____
 Wann? _____

4 Jetzt:
 Letzte Periode T T M M J J

Gravidität nein ja
 Ausfluss / pathologische Blutung nein ja
 IUP nein ja
 Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung
(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

5 Klinischer Befund unauffällig auffällig

6 Erläuterungen *ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen*

Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

Auftragsnummer des Labors

39

7 Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum T T M M J J

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora
 Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?
 ja nein nicht differenzierbar
 negativ
 nicht verwertbar

Bemerkungen

8 Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle
 nach Entzündungsbehandlung
 nach Östrogenbehandlung
 HPV-Test
 Ko-Test
 Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in _____ Monaten
 sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift
 des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Muster 39a (1.2021)

Für die Krebsfrüherkennung des Zervixkarzinoms wird der Vordruck Muster 39 zum einen im Rahmen der Beauftragung des Primärscreenings oder der Abklärungsdiagnostik und zum anderen für die Datenübermittlung der erhobenen Befunde verwendet.

Im linken Bereich der Muster 39a und 39b trägt der beauftragende Gynäkologe die relevanten anamnestischen Angaben und Vorbefunde ein und übersendet das Formular mit der zu untersuchenden Probe an den auftraganehmenden Zytologen. Der Zytologe ergänzt den Vordruck auf der rechten Seite mit den Untersuchungsergebnissen und gibt eine Empfehlung ab.

Bezüglich der Definition des Behandlungstages gelten die Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM; Ziffer I, Abschnitt 3.8.5).

Muster 39a wird abschließend dem beauftragenden Gynäkologen im Rahmen der Befundübermittlung in Papier- oder in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Muster 39b ist für die Unterlagen des auftraganehmenden Zytologen bestimmt.

Das Muster 39 kann auch digital genutzt werden (siehe hierzu Anlage 2b BMV-Ä).

Die Rückmeldung der Ergebnisse vom Zytologen an den beauftragenden Gynäkologen kann wahlweise und in Abstimmung beider Parteien auch digital z. B. per eArztbrief oder digitalem Muster 39 oder weiteren vorhandenen und von beiden Parteien bereits genutzten Schnittstellen erfolgen. Die Nutzung der digitalen Befundübermittlung kann auch erfolgen, wenn die Beauftragung mittels Muster 39 in Papierform erfolgt ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Umsetzung der Früherkennung des Zervixkarzinoms als organisiertes Programm beschlossen und in der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) Vorgaben dazu gemacht. Die Angaben auf dem Dokumentationsvordruck wurden an die Dokumentationsvorgaben der Richtlinie angepasst.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Die Nummern ❶ bis ❹ sind vom behandelnden Gynäkologen auszufüllen.

❶ Alterskategorie

Die Zuordnung zu einer Alterskategorie erfolgt anhand des Geburtsdatums der Patientin und entscheidet über die im Zervixkarzinomscreening durchzuführenden Untersuchungen und nach welchem in der Richtlinie vorgegebenen Algorithmus auffällige Befunde bei der Patientin abgeklärt werden sollen. Die Angabe auf dem Vordruck dient der Erleichterung der Weiterverarbeitung in der Zytologie. Zur Berechnung der Alterskategorie wird das Geburtsdatum im Verhältnis zum Ausstellungsdatum (= Behandlungstag) im Personalienfeld herangezogen.

❷ Auftrag

Die Felder dienen der differenzierten Beauftragung von Leistungen des Primärscreenings oder der Abklärungsdiagnostik gemäß oKFE-RL. Sollte der HPV-Test im Rahmen einer Ko-Testung (HPV + Zytologie) selbst erbracht oder an Dritte überwiesen

werden, so ist dies dem zur Durchführung der zytologischen Untersuchung beauftragten Zytologen / Pathologen im Freitextfeld Nr. 6 anzuzeigen und diesem auch der Befund zugänglich zu machen. Der Pathologe / Zytologe weist dann seinerseits im Freitextfeld „Bemerkungen“ durch eine Notiz darauf hin, dass seine Zusammenfassende Empfehlung einen externen HPV Befund berücksichtigt. Im oben dargestellten Fall einer Aufspaltung des Ko-Test wird, unter Berücksichtigung o.g. Empfehlungen, nur Zytologie angekreuzt.

3 Anamnese

Hier werden Daten zu bereits erfolgten Screening-Untersuchungen und zum HPV-Status der Patientin erfasst. Es geht um Vorbefunde. Falls das Jahr eines vorangegangenen HPV Tests bekannt ist, kann dies als Anmerkung in das Freitextfeld Nr. 6 eingetragen werden. Zudem können Angaben zu Voroperationen, Strahlen- oder Chemotherapie, zum Teil als Freitext, gemacht werden.

Der zytologische Vorbefund wird anhand folgender Schlüssel eingetragen: (München III-Klassifikation)

Erlaubte Werte	Erläuterung
0, I, II-a, II-p, II-g, II-e, III-p, III-g, III-e, III-x, IIID1, IIID2, IVa-p, IVa-g, IVb-p, IVb-g, V-p, V-g, V-e, V-x	0 = unzureichendes Material, I = unauffällige und unverdächtige Befunde II-a = Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese II-p, II-g, II-e = Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert III-p, III-g, III-e, III-x =Unklare bzw. zweifelhafte Befunde IIID1, IIID2 =Dysplasiebefunde mit größerer Regressionsneigung IVa-p, IVa-g, IVb-p, IVb-g = Unmittelbare Vorstufen des Zervixkarzinoms V-p, V-g, V-e, V-x = Malignome

4 Anamnese- Unterpunkt „jetzt“

In diesen Feldern sind Angaben zu aktuellen Symptomen, Beschwerden oder Behandlungen zu machen, die die Qualität des Abstrichs und die Befundung beeinflussen oder beeinträchtigen können. Angaben zur Art der Hormonanwendung können im Abschnitt 6 als Freitext erfolgen.

5 Klinischer Befund

Hier macht der behandelnde Gynäkologe Angaben zu eventuellen Auffälligkeiten bei der gynäkologischen Untersuchung. Im folgenden Freitextfeld 6 erläutert er die Auffälligkeiten am Genital, um dem Zytologen die Fragestellung für die Befundung des Abstrichs zu illustrieren. Die Angabe einer Diagnose kann als Freitext erfolgen.

6 Erläuterungen

Es handelt sich um ein Freitextfeld, in welchem auf zusätzliche Aspekte der zuvor ausgefüllte Felder eingegangen werden kann. Sollten keine relevanten Informationen vorliegen, kann das Feld freigelassen werden.

Die Felder ⑦ und ⑧ sind vom befundenden Zytologen / Pathologen auszufüllen.

⑦ Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Entsprechend den Vorgaben der Richtlinie wird im Screening bei Frauen unter 35 Jahren nur eine zytologische Untersuchung durchgeführt, bei Frauen ab 35 eine Kombinationsuntersuchung aus Zytologie und HPV-Test (Ko-Test). Im Rahmen der Abklärung auffälliger Befunde kann auch bei Frauen zwischen 30 und 34 Jahren ein HPV-Test erfolgen.

Die aufgeführten Antwortmöglichkeiten bei einem positiven HPV-Test orientieren sich an den Dokumentationsanforderungen des beauftragenden Gynäkologen im Fragenkatalog zur organisierten Krebsfrüherkennung. Wurde HPV-Typ 16 positiv oder HPV-Typ 18 positiv oder die HPV-Typ-Diagnosegruppe 16/18 positiv getestet, ist „ja“ zu dokumentieren. Kann das Vorliegen von HPV-Typ 16 und HPV-Typ 18 ausgeschlossen werden, ist „nein“ zu dokumentieren. Sieht der verwendete HPV-Test benannte Differenzierungen bzw. eine Genotypisierung nicht vor, ist „nicht differenzierbar“ zu dokumentieren.

An dieser Stelle sind auch Angaben zur Flora und zu endozervikalen Zellen zu machen. Das Freitextfeld „Bemerkungen“ ermöglicht die Angabe von Hinweisen und Besonderheiten für den behandelnden Gynäkologen.

Der zytologische Befund wird anhand der Vorgaben unter Punkt 3 „Anamnese“ eingetragen.

Die Untersuchungsnummer des zytologischen Befundes ist im Bemerkungsfeld des Abschnittes 7 aufzuführen, sofern dem beauftragenden Arzt kein separater Befund zugeht, auf welchem die Nummer ersichtlich ist.

⑧ Zusammenfassende Empfehlung

Hier erfolgt die Angabe zu entsprechend den Vorgaben der Richtlinie indizierten Folgeuntersuchungen einschließlich der Angabe des Zeitraums. Bei einem unauffälligen Befund, der keiner weiteren Maßnahmen bedarf, werden entsprechend keine Kreuze an dieser Stelle gesetzt.

Muster 40 bis 49: unbesetzt

Muster 50: Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

1. Die Krankenkassen benötigen die Anfrage nach Muster 50 in den Fällen, in denen sie aufgrund von ärztlichen Bescheinigungen, die der Krankenkasse vorliegen, z. B. wegen unvollständiger oder fehlerhafter Angaben im Personalienfeld eine **Mitgliedschaft nicht feststellen** können.
2. Der Arzt soll vergleichen, ob die auf der Vorderseite angegebenen Personalien mit seinen Unterlagen übereinstimmen. Falls sich dabei Abweichungen ergeben, soll er Namen, Vornamen und Geburtsdatum berichtigen.
3. Der Arzt soll prüfen, ob ein Behandlungsausweis der anfragenden Krankenkasse vorliegt und ob der Name der Krankenkasse präzise angegeben worden ist (z.B. AOK Aachen oder AOK f. d. Kreis Aachen). Bei Kassenwechsel ist der genaue Name der neuen Krankenkasse anzugeben und das entsprechende Feld mit den Behandlungsdaten und Leistungsnummern auszufüllen.

Muster 51: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

1. Mit der Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers soll in unklaren Fällen abgeklärt werden, ob die Krankenkasse oder ein sonstiger Kostenträger für die Kosten der verordneten Leistungen (z.B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) bzw. der Behandlung zuständig ist, um ggf. beim anderen Kostenträger einen Anspruch auf Schadensersatz geltend machen zu können.
2. Der Vordruck wird unter Angabe des vorliegenden Sachverhaltes von den Krankenkassen an den Arzt übersandt. Der Arzt soll anhand seiner Kartei die entsprechenden Angaben zu der von der Krankenkasse zu klärenden Fragestellung machen. Wenn von der Krankenkasse der Sachverhalt **zu 1.** zu beurteilen ist (Arbeitsunfall, sonstiger Unfall), muss der Arzt auf der Rückseite ebenfalls nur die Angaben zu 1. ausfüllen. Angaben **zu 2.** sind auf der Rückseite vom Arzt nur dann auszufüllen, wenn von der Krankenkasse zu 2. eine Auskunft verlangt wird.
3. Die Angaben zum ursächlichen **Zusammenhang mit SER – bisher BVG / Versorgungsleiden** siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

Muster 52: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

Das Muster 52 wird auf Anfrage der Krankenkasse vom Vertragsarzt ausgefüllt. Die Krankenkasse stellt dem Vertragsarzt einen Freiumschlag zu Verfügung. Die Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit wird die Krankenkasse frühestens nach einer kumulativen Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit eines Erkrankungsfalls von 21 Tagen versenden. Eine Anfrage der Krankenkasse, die den Vertragsarzt vor der kumulativen Zeitdauer von 21 Tagen erreicht, muss nicht beantwortet werden.

Der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse auf Anforderung in der Regel innerhalb von drei Werktagen weitere Informationen auf dem vereinbarten Vordruck mit. In begründeten Ausnahmefällen sind auch weitergehende Anfragen der Krankenkasse möglich.

Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sind die Anforderungen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL). So liegt nach § 2 AU-RL Arbeitsunfähigkeit vor, wenn

beschäftigte Versicherte auf Grund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können; hierbei sind die konkreten Bedingungen der bisherigen Tätigkeit zu berücksichtigen. Endet die Beschäftigung während der Arbeitsunfähigkeit und wurde kein anerkannter Ausbildungsberuf ausgeübt (An- oder Ungelernte), ist ab diesem Zeitpunkt die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ohne die Besonderheiten des bisherigen Arbeitsplatzes erneut vorzunehmen. Beginnt während der Arbeitsunfähigkeit ein neues Beschäftigungsverhältnis, so beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt nach dem Anforderungsprofil des neuen Arbeitsplatzes.

arbeitslose Versicherte krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben; die bisherigen Tätigkeiten sind für die Beurteilung unerheblich.

Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende – „Hartz IV“ - krankheitsbedingt, nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Wegen welcher Diagnose(n) (ICD10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

Bei der Ausfüllung der Felder „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD 10 anzugeben. Eine zusätzliche Angabe als Klartext/Freitext ist unter 9. „Sonstiges/Bemerkungen zum Gesundheitszustand“ nur zulässig, wenn die Angabe weitergehender Hinweise außerhalb der ICD-10-Kodierung notwendig ist.

Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

52

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code					
<input style="width: 90%;" type="text"/>					
ICD-10 - Code					
<input style="width: 90%;" type="text"/>					

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?
(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als

2.2 Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.
 Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ja nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

nein ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche)

operativ (ggf. wann und welche)

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)
(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung
<input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule)	<input style="width: 200px;" type="text"/>

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

nein ja, folgende

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ja nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

3 Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

Sofern der Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit absehbar ist, ist hier der voraussichtliche Tag der Arbeitsfähigkeit einzutragen. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010215) anzugeben.

4 Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

Aus den Angaben zu den vorgesehenen diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen kann ggf. abgeleitet werden, ob und wann eine Begutachtung durch den MD sinnvoll ist.

5 Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

Angaben zu weiteren behandelnden Ärzten sind nur dann zu machen, wenn diese nicht aus den dem MD übersandten Befunden bzw. Berichten hervorgehen.

6 Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

Um frühzeitig Maßnahmen einleiten zu können, die der Gesundung und der Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben dienen, sind entsprechende Informationen für die Krankenkasse sehr wichtig.

Sofern der Vertragsarzt/die Vertragsärztin die Notwendigkeit zur Einleitung einer

medizinischen Rehabilitation,

stufenweisen Wiedereingliederung,

innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechsel,

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder

sonstiger Maßnahmen (z.B. Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement)

sieht, oder eine Ernährungsberatung oder Rückenschule als sinnvoll angesehen wird, um die aktuelle Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen oder zukünftige Arbeitsunfähigkeiten zu vermeiden, soll dies möglichst gleichzeitig zusammen mit dem Versicherten eingeleitet werden und der Antrag unter „Sonstige“ angegeben werden. Ist eine direkte Einleitung nicht möglich, ist die Empfehlung hier anzugeben.

Ist keine Maßnahme zum Zeitpunkt der Beurteilung angezeigt, ist „Keine“ anzukreuzen, um die abschließende Prüfung der Frage zu dokumentieren.

7 Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

Neben den medizinischen Problemstellungen können vielfältige zusätzliche Faktoren vorliegen, welche einer Überwindung der Arbeitsunfähigkeit entgegenstehen. Um den MD in die Lage zu versetzen, die Beurteilung auf derselben Grundlage durchführen zu können, sind diese weiteren Anhaltspunkte hier entsprechend anzugeben. Diese Kontextfaktoren können z.B. Besonderheiten des Arbeitsplatzes, Sprachbarrieren oder soziale und familiäre Besonderheiten darstellen.

8 Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

Diese Angabe ist notwendig, damit die Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 51 SGB V nachkommen können. Hiernach sind die Krankenkassen verpflichtet

zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Hintergrund dieser Prüfung ist, dass die Krankenkassen lediglich Träger für Leistungen bei einer zeitweisen Arbeitsunfähigkeit sein sollen und für weitergehende Leistungsansprüche vorrangig die Rentenversicherungsträger zuständig sind.

9 Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Liegen weitere für die Leistungsentscheidung relevante Informationen oder Besonderheiten vor, sollen diese hier angegeben werden. Liegen relevante Befunde vor, die bislang weder von der Krankenkasse noch vom MD erfragt wurden, soll dies hier vermerkt werden.

Wurde im Feld **6** „Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt“ die Einleitung einer Maßnahme empfohlen und gleichzeitig zusammen mit dem Versicherten eingeleitet, ist hier die Antragstellung zu dokumentieren.

Muster 53: Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

1. Diese Anfrage hat für die Träger der Krankenversicherung besondere Bedeutung, um den **Leistungsanspruch** des Versicherten auf Lohnfortzahlung oder **auf Krankengeld** im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften prüfen zu können.
2. Die auf der Rückseite bzw. Seite 2 der Anfrage unter I. der Krankenkasse anzugebenden Daten beziehen sich auf die derzeitige bzw. letzte Arbeitsunfähigkeit. Unter II. bis laufende Nr. 6 gibt die Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeitszeiten an, die ihrer Meinung nach mit der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang stehen können.
3. Bei III. wird nicht die Angabe sämtlicher Diagnosen verlangt, sondern nur derjenigen, die für sich allein betrachtet eine Arbeitsunfähigkeit ausgelöst hätten.

Muster 54: unbesetzt

Muster 55: Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V

Die Bescheinigung wird von der Krankenkasse benötigt, wenn Versicherte eine Herabsetzung der Belastungsgrenze bei Zuzahlungen von 2% auf 1% beantragen. Das Muster 55 ist nur auszustellen, wenn Versicherte dies für ihre konkrete Antragstellung auf eine Zuzahlungsbefreiung benötigen. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn Versicherte erstmalig einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung mit einer reduzierten Belastungsgrenze stellen oder bei einem Folgeantrag ein aktueller Nachweis von der Krankenkasse benötigt wird. Ist dies der Fall, teilt die Krankenkasse dies der/dem Versicherten im Rahmen der Antragstellung mit.

Vor der Ausstellung der Bescheinigung soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt erfragen, ob das Muster bereits durch eine andere Vertragsärztin/einen anderen Vertragsarzt ausgestellt wurde, um die mehrfache Ausstellung innerhalb eines Kalenderjahres zu vermeiden.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen im § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) ist zu beachten.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu berücksichtigen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Bescheinigung einer 55 schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V 1 Seit <input type="text"/> <input type="text"/> (mindestens 4 Quartale zurückliegend) ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10) ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code 2 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Muster 55 (10.2016)
Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich 3 <input type="checkbox"/> ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein			
Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.			

① Angabe Zeitraum der Dauerbehandlung

Hier erfolgt die Angabe, seit wann (TTMMJJ) die/der Versicherte sich in Dauerbehandlung befindet. Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn die/der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Erkrankung in ärztlicher Behandlung war.

② Behandlungsbedürftige Dauerdiagnosen

An dieser Stelle sollen die Diagnosen angegeben werden, wegen derer sich die/der Versicherte in Dauerbehandlung befindet. Die Angabe der Diagnose(n) erfolgt nach ICD-10. Bei mehreren berücksichtigungsfähigen Diagnosen soll die Hauptdiagnose zuerst angegeben werden.

③ Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich

Hier ist anzugeben, ob eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche/psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) der zuvor unter ② angegebenen Erkrankung(en) erforderlich ist. Dies ist der Fall, wenn ohne die weitere Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Dabei soll angegeben werden, ob und ggf. für welchen Zeitraum (MMJJ) die Dauerbehandlung auch weiterhin erforderlich sein wird.

Die Rückseite des Musters ist ggf. durch die Versicherte/den Versicherten bzw. ihren/seinen Betreuer auszufüllen. Dies ist nur dann erforderlich, wenn der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung nicht allein für den auf der Bescheinigung genannten Versicherten gestellt wird, sondern z. B. gemeinsam über den Ehegatten.

Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / für Funktionstraining

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen gem. § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, schließen die Verbände der Rehabilitationsträger sowie die maßgeblichen Verbände des Rehabilitationssports und Funktionstrainings auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“. Das Muster 56 und die nachfolgenden Erläuterungen basieren auf der aktuell gültigen Rahmenvereinbarung (<https://www.bar-frankfurt.de>).

Die von der/dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Genehmigung der Krankenkasse ist vor Beginn des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings (auch bei Folgeverordnungen) durch die Versicherte/den Versicherten einzuholen. Mit Hilfe des Musters 56 können Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zum Antrag der/des Versicherten Stellung nehmen.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe gefördert und sollen Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen motivieren und in die Lage versetzen, selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

① Auswahl der Maßnahme

Auf dem Antrag ist anzugeben, ob die Kostenübernahme für Rehabilitationssport oder für Funktionstraining beantragt wird. Rehabilitationssport und Funktionstraining können nicht gleichzeitig auf einem Vordruck beantragt werden.

Hinweis zum Rehabilitationssport

Rehabilitationssport fördert in festen Gruppen mit den Mitteln des Sports, sportlich ausgerichteter Spiele und bewegungstherapeutischer Inhalte Ausdauer, Kraft, Koordination und Flexibilität sowie das Selbstbewusstsein insbesondere von Frauen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen. Die gesetzlichen Krankenkassen prüfen im Einzelfall die Ausweitung dieser Regelung auch auf andere Geschlechter, z. B. Jungen, (junge) Männer und Transgender.

Hinweis zum Funktionstraining

Funktionstraining fördert in festen Gruppen mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder Ergotherapie den Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, Schmerzlinderung, Bewegungsverbesserung und die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung von Personen mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen.

② Verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose
Anzugeben ist/sind die verordnungsrelevante Diagnose(n). Diese kann durch die Angabe einer relevanten Nebendiagnose ergänzt werden. Die Diagnose(n) ist/sind als ICD-10-GM-Codes anzugeben. Der in den elektronischen Programmen hinterlegte

ICD-10-Klartext soll möglichst übernommen, ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Antrag auf Kostenübernahme

56

1 für Rehabilitationssport

1 für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

2 Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

3 Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

4 Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

5 erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

6 Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

Bewegungsspiele Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

9 Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

7 Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

10 Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

8 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

11 24 Monate (Richtwert)

12 Folgeverordnung mit Begründung, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

Muster 56 (1.2023)

3 Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe
Im Sinne von Funktionsdiagnosen sind die aus den Schädigungen resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe zu dokumentieren, bspw. „eingeschränkte Gehfähigkeit aufgrund Coxarthrose re.“.

4 Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings
Anzugeben ist, welches Ziel die Patientin/der Patient erreichen soll. Zu den Zielen von Rehabilitationssport/Funktionstraining siehe Hinweise zum Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining unter **1**.

5 Erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen
Der erhöhte Teilhabebedarf ist mit einem Kreuz kenntlich zu machen. Dieser kann bei Menschen mit schwersten Behinderungen, z. B. mit Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung oder Menschen mit schweren Lähmungen vorliegen. Für diese erhöhten Teilhabebedarfe werden spezifische Übungsgruppen angeboten.

Zur Verordnung von

Rehabilitationssport	weiter bei 6
Rehabilitationssport in Herzgruppen	weiter bei 13
Funktionstraining	weiter bei 9

Rehabilitationssport

6 Empfohlene Rehabilitationssportart
Es kann nur eine Rehabilitationssportart ausgewählt werden. Diese ist mit einem Kreuz zu kennzeichnen. Im Feld „Sonstige“ können weitere Rehabilitationssportarten angegeben werden, z. B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl oder Sportkegeln für blinde Menschen.

7 Rehabilitationssport ist notwendig für (Anzahl Übungseinheiten)
Auszuwählen ist die Anzahl der Übungseinheiten. Die Angaben zum Umfang der Leistungen sind Richtwerte, von denen auf der Grundlage individueller Prüfungen nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden kann. In diesen Fällen ist die Abweichung der Anzahl von Übungseinheiten unter **17** einzutragen.

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

In der Regel beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports 50 Übungseinheiten (Richtwert), die innerhalb von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

Insbesondere bei den auf dem Muster genannten Krankheiten kann ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein und beantragt werden. Aufgrund der häufig schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinne der ICF sowie der dadurch oft erforderlichen komplexen Übungen kann eine höhere Anzahl an Übungseinheiten notwendig sein. Ziel ist die langfristige Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Hinweis bei anderer vergleichbarer Krankheit/anderen vergleichbaren Krankheiten

Wird das Feld „andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)“ angekreuzt, muss unter ② und ③ angegeben werden, aus welcher/welchen Erkrankung(en) und daraus resultierender(n) schwerer(n) Beeinträchtigung(en) der Mehrbedarf resultiert.

28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen (Richtwert)

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen werden als Bestandteil des Rehabilitationssports in der Regel im Umfang von 28 Übungseinheiten (Richtwert) übernommen. Die gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Unfallversicherungsträger prüfen im Einzelfall die Ausweitung dieser Regelung auch auf andere Geschlechter, z. B. Jungen, (junge) Männer und Transgender.

Bei Abweichungen von den oben genannten Richtwerten ist eine Angabe in Feld ⑰ erforderlich.

⑧ Längere Leistungsdauer bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen - 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

Eine längere Leistungsdauer kann im Einzelfall insbesondere notwendig sein, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. Unter ③ sind Angaben zu kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen zu machen. Eine Abweichung vom Richtwert ist unter ⑰ einzutragen. Bei erster bzw. ggf. weiterer Verordnung sollten 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) nicht überschritten werden.

⑫ Folgeverordnung mit Begründung

Folgeverordnungen sind mit einem Kreuz kenntlich zu machen. Im Freitextfeld ist zu begründen, warum die/der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen und somit eine weitere Verordnung erforderlich ist.

Weiter bei ⑯

Funktionstraining

⑨ Empfohlene Funktionstrainingsarten

Zur Auswahl stehen Trockengymnastik und Wassergymnastik. Trocken- und Wassergymnastik können bei Bedarf zeitgleich verordnet werden, sofern beide Formen medizinisch notwendig sind.

⑩ Funktionstraining ist notwendig für (Zeitraum)

Es ist der Leistungsumfang in Monaten auszuwählen. Die Angaben zum Umfang der Leistungen sind Richtwerte, von denen auf der Grundlage individueller Prüfungen nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden kann. In diesen Fällen ist die Abweichung unter ⑰ einzutragen.

12 Monate (Richtwert)

Der Leistungsumfang des Funktionstrainings beträgt in der Regel 12 Monate.

13 **Rehabilitationssport** ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

14 **Erstverordnung** 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

15 **Folgeverordnung** 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

16 **Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten** (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport	Funktionstraining als Trockengymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x
<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x	Funktionstraining als Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x

Begründung bei insgesamt 3x

17 **Abweichung von oben genannten Richtwerten**

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

18 **Antrag auf Kostenübernahme**

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Datum

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

<input type="checkbox"/> Rehabilitationssports	<input type="checkbox"/> Funktionstrainings	
<input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten /18 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate	
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /36 Monate	<input type="checkbox"/> 24 Monate	
<input type="checkbox"/> Herzgruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzgruppe	<input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
<input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten /24 Monate	Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen	
<input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten /12 Monate		<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)		
<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Übungseinheiten		

für den Zeitraum vom längstens bis Datum

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

24 Monate (Richtwert)

Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch die genannten chronischen bzw. chronisch progredient verlaufenden entzündlich rheumatischen Erkrankungen beträgt der Leistungsumfang 24 Monate.

⑪ Längere Leistungsdauer bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen - 24 Monate (Richtwert)

Eine längere Leistungsdauer kann insbesondere notwendig sein, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. Unter ③ sind Angaben zu kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen zu machen. Eine Abweichung vom Richtwert ist unter ⑰ einzutragen. Bei erster bzw. ggf. weiterer Verordnung sollte der Umfang von jeweils 24 Monaten (Richtwert) nicht überschritten werden.

⑫ Folgeverordnung mit Begründung

Folgeverordnungen sind mit einem Kreuz kenntlich zu machen. Im Freitextfeld ist zu begründen, warum die/der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen und somit eine weitere Verordnung erforderlich ist.

Weiter bei ⑯

Rehabilitationssport in Herzgruppen

⑬ Herzgruppe/Herzinsuffizienzgruppe

Anzugeben ist die erforderliche Form der Herzgruppe.

Herzgruppe

Die Herzgruppe ist für Patienten mit chronischen Herzkrankheiten (einschließlich koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz (NYHA I und NYHA II)), Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und Z. n. kardiovaskulären Interventionen/Operationen) vorgesehen.

Bei der Herzgruppe ist die ständige Anwesenheit des Herzgruppenarztes nicht zwingend erforderlich. Die Patienten werden mindestens alle sechs Wochen durch den Herzgruppenarzt visitiert.

Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulärem Ereignisrisiko)

In der so genannten Herzinsuffizienzgruppe werden Patienten unterschiedlicher kardiologischer Erkrankungsbilder mit hohem kardiovaskulärem Ereignisrisiko betreut. In Herzinsuffizienzgruppen trainieren Patienten, bei denen bereits eine geringe körperliche Belastung (z. B. Gehen in der Ebene) zu Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris führen kann. Bei Herzinsuffizienzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit der Herzgruppenärztin / des Herzgruppenarztes während der Übungsveranstaltungen zwingend erforderlich.

⑭ und ⑮ Erst- und Folgeverordnung für Herzgruppe/Herzinsuffizienzgruppe

Die Angaben zum Umfang der Leistungen sind Richtwerte, von denen auf der Grundlage individueller Prüfungen nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden kann. In diesen Fällen ist die Abweichung der Anzahl von Übungseinheiten unter ⑰ einzutragen.

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Bei Erstverordnung beträgt der Leistungsumfang 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte).

Hinweis bei wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung

Rehabilitationssport im Umfang von 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut in Betracht kommen.

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

Bei Folgeverordnungen beträgt der Leistungsumfang 45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte). Folgeverordnungen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als sechs Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien. Bei anderen Indikationen erfolgt die Prüfung durch die Krankenkasse im Einzelfall.

Bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, die eine längerfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht ermöglichen, kann im Einzelfall eine Folgeverordnung erfolgen. Dazu sind unter **3** Angaben über Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen.

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte). Unabhängig davon, ob eine Erst- oder Folgeverordnung ausgestellt wird, ist nur das Feld Kinderherzgruppe anzukreuzen. Ist für herzkranken Kinder und Jugendliche aus medizinischen Gründen (Schwere der Grunderkrankung bzw. zusätzliche psychosoziale Defizite) über die Dauer der Erstverordnung hinaus Rehabilitationssport notwendig oder dürfen diese grundsätzlich nur unter ärztlicher Aufsicht Sport betreiben, ist eine Folgeverordnung möglich.

16 Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Es ist die empfohlene Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen anzugeben.

Pro Woche können eine, zwei oder mit Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen verordnet werden.

Hinweis zum Funktionstraining

Die Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen beträgt für Trocken- und Wassergymnastik regelhaft jeweils ein bis zwei Übungsveranstaltungen in der Woche. Mit Begründung können drei Übungsveranstaltungen je Woche verordnet werden. Auch bei kombinierter Verordnung von Wasser- und Trockengymnastik beträgt die Anzahl maximal drei Übungseinheiten pro Woche.

17 Abweichung von oben genannten Richtwerten

In diesem Feld ist bei Bedarf eine Abweichung von den oben genannten Richtwerten möglich. Es ist die Anzahl der Übungseinheiten bei Rehabilitationssport oder die Anzahl der Monate bei Funktionstraining anzugeben.

18 Antrag auf Kostenübernahme

Diese Felder sind von der/dem Versicherten auszufüllen. Zu nennen ist der Leistungserbringer (Verein bzw. Träger, Postleitzahl und Ort). Zudem ist ggf. anzugeben, seit wann bereits eine Teilnahme am Rehabilitationssport/Funktionstraining erfolgt. Der Antrag auf Kostenübernahme ist vor Weiterleitung an die Krankenkasse durch die Versicherte/den Versicherten zu unterschreiben.

Muster 57 bis 60: unbesetzt

Muster 61 Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Auf Teil A des Musters 61 können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse veranlassen (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern) oder den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Krankenkasse ermitteln lassen, wenn dieser durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt nicht abschließend beurteilt werden kann (z. B. hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung). In diesem Fall ist ausschließlich Teil A auszufüllen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin / den Vertragsarzt über den zuständigen Rehabilitationsträger. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, werden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gebeten, auch Teil B-E des Musters 61 auszufüllen und an die Krankenkasse zu richten. Um den verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Abgrenzung des zuständigen Rehabilitationsträgers zu erleichtern, sind auf Teil A des Musters entsprechende Kriterien aufgeführt. Besteht Klarheit über die Zuständigkeit der Krankenkasse, kann auf das Ausfüllen des Teils A verzichtet und direkt der Teil B-E ausgefüllt an die Krankenkasse übermittelt werden.

Der Vordruck Teil A gliedert sich in drei Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

① In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen, die einen Einfluss auf die Rehabilitationsleistung haben - sofern erforderlich mit Seitenlokalisation – anzugeben. Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen dabei als Funktionsdiagnosen angegeben werden. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben, beispielsweise „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sowie die weiteren Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. ② Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

③ Beratung der/des Versicherten

Das Kästchen kann angekreuzt werden, wenn eine Beratung der Versicherten/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse oder eines anderen Rehabilitationsträgers angezeigt ist. Dies kann z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder bei onkologischer Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörigen von Versicherten oder Rentnern der Fall sein. Darüber hinaus kann das Kästchen ausgefüllt werden, wenn eine Beratung zu weiteren Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) angezeigt ist. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-E des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte **NUR** Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

1	A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	2	Ursache *
1.				
2.				
3.				
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen				
4.				
5.				
6.				

* **Mögliche Ursache der Erkrankung**
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

3 **Beratung der/des Versicherten**
 Bitte **NUR** Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist **NICHT** auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

4 **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
 Bitte **NUR** Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist **NICHT** auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

5 ggf. weitere Anmerkungen

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

6 III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte **Muster 61 Teil B-E** ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (7.2022)

4 Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Wenn krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht und z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können, kann die Prüfung des zuständigen

Rehabilitationsträgers erbeten werden. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-E des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

5 ggf. weitere Anmerkungen

Hier können weitere Angaben von Seiten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes wie z. B. die Bitte um Rückruf durch die Krankenkasse vorgenommen werden. Sofern Anhaltspunkte erkennbar sind, dass andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) bei der oder dem Versicherten bestehen, können diese hier benannt werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt

6 Hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt um Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers gebeten, teilt die Krankenkasse der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt mit, ob die Krankenkasse zuständig ist, (dann ist von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt noch Teil B-E des Vordrucks auszufüllen), die Rentenversicherung zuständig ist (dann sendet die Krankenkasse den Vordruck der Rentenversicherung an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt) oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

Muster 61 Teil B bis E: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Auf Teil B-E können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter verordnen. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Bei Verwendung des Musters 61 Teil B-E ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, wenn

- kurative Einzelleistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichend sind und
- eine komplexe Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert ist und kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

Der Vordruck gliedert sich in acht Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

① Das Feld ist anzukreuzen, wenn es sich

- nicht um eine Minderung/erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit handelt und
- auch nicht um die Folgen eines Arbeitsunfalles / einer Berufskrankheit handelt, da in diesen Fällen grundsätzlich die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger (gesetzliche Renten- bzw. Unfallversicherung) besteht.

② Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern werden sowohl zu Lasten der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung erbracht (gleichrangige Zuständigkeit). Wünscht die Versicherte / der Versicherte die Erbringung durch die Rentenversicherung, ist die Zuständigkeit der Krankenkasse nicht gegeben und der Vordruck der Rentenversicherung auszufüllen.

Das Kästchen ist nur anzukreuzen, wenn die Versicherte / der Versicherte nach erfolgter vorheriger Beratung (siehe Muster 61 Teil A) die Durchführung der Leistung in Zuständigkeit der Krankenkasse wünscht.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

③ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen, die einen Einfluss auf die Rehabilitationsleistung haben - sofern erforderlich mit Seitenlokalisierung – anzugeben. Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen dabei als Funktionsdiagnosen angegeben werden. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben, beispielsweise „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sowie die weiteren Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. ④ Sofern bekannt, sind den einzelnen Di-

agnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center; color: red; margin: 0;">Verordnung von medizinischer Rehabilitation</h2> <h3 style="text-align: right; color: red; margin: 0;">61 Teil B</h3> <p style="color: red; margin: 0;">Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit</p> <p>Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)</p> <p><input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

	A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

	B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
4.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
6.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall

2 = Berufskrankheit

3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)

4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst

5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

5 A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

6 B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

7 C. Bei geriatrischer Rehabilitation mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität			Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion		
TUG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	sek + Chair Rise <input style="width: 20px;" type="text"/> sek	MMST	<input style="width: 20px;" type="text"/> / 30	Schmerzskala	<input style="width: 20px;" type="text"/> / 10	Ergometrie	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Watt
Handkraft	<input style="width: 20px;" type="text"/>	kg oder <input style="width: 20px;" type="text"/> kpa	GDS 15	<input style="width: 20px;" type="text"/> / 15			FEV1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	% + VK <input style="width: 20px;" type="text"/> %
DEMMI	<input style="width: 20px;" type="text"/>	/ 100 Tinetti <input style="width: 20px;" type="text"/> / 28	Uhrentest	<input style="width: 20px;" type="text"/> / 7			NYHA-Stadium	<input style="width: 20px;" type="text"/>	

8 D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

8 E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ba (7.2022)

Besonderheit: Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation

Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Ordnungsformular Muster 61 darzulegen:

1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und
2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatrietypischen Diagnosen (siehe Anlage II Liste der geriatrietypischen Diagnosen).

Dabei sind die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests nachzuweisen (siehe Erläuterungen zu 7).

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

Mit diesem Abschnitt werden zusätzlich zur Anamnese und den Schädigungen die Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments abfragt.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

5 A. Kurze Angaben zur Anamnese

Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung der Versicherten/des Versicherten einschließlich ihrer/seiner Beschwerden. Hier sind insbesondere der Beginn und der Verlauf der Krankenbehandlung zu dokumentieren sowie Angaben zu Behandlungen im Krankenhaus und bei Fachärztinnen/Fachärzten zu machen.

6 B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde

Hier sollen die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgelistet werden, die für die unter II. F (siehe Erläuterungen zu 9) angeführten rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen verantwortlich sind.

Beispiel: „Medial betonte Gonarthrose (= Strukturschädigung) mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit – Extension/Flexion: 0/10/90 Belastungsschmerz nach 50 m Gehstrecke (= Funktionsschädigungen)“.

Untermauert werden können die Angaben mit entsprechenden Assessments, beispielsweise dem Barthel-Index. Für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation gelten davon abweichend die nachfolgenden Hinweise zu Punkt 7.

7 C. Bei geriatrischer Rehabilitation mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Die aus den Diagnosen gemäß I. resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen (Übersicht siehe Anlage I Funktionstests bei geriatrischer Rehabilitation). Dabei hat ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen. Die Ergebnisse der jeweils durchgeführten Funktionstests sind hier einzutragen.

8 D. und E. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen; einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten); rehabilitationsrelevanten Hilfsmittel

Hier sind Angaben zu den bisher durchgeführten ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen, sowie Angaben zu anderen Maßnahmen, wie z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder medizinische Vorsorgeleistungen vorzunehmen.

Sofern bekannt, soll hinsichtlich der Heilmitteltherapie auch eine Angabe zu den bisher verordneten Einzelleistungen und deren Häufigkeit innerhalb der letzten sechs Monate gemacht werden. Falls das Behandlungsziel mit einer (weiteren) Heilmittelbehandlung nicht zu erreichen ist, ist dies durch das Ankreuzfeld kenntlich zu machen. Zudem sind die rehabilitationsrelevanten Hilfsmittel unter E. anzugeben.

Diese Dokumentation soll noch einmal unterstreichen, dass mit einzelnen Leistungen der Krankenbehandlung oder deren Kombination die Behandlungsziele nicht zu erreichen sind.

9 F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

Hier wird gezielt nach längerfristigen alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe (> 6 Monate) in unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten / des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens gefragt. Werden Beeinträchtigungen in den einzelnen Lebensbereichen gesehen, sind diese entsprechend zu bewerten.

Die Kategorien Mobilität und Selbstversorgung sind untergliedert dargestellt. Hier besteht die Möglichkeit, ein übergeordnetes Kreuz zu setzen, falls keinerlei Beeinträchtigungen vorliegen.

10 G. Lebensumstände/ Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen alle für die Rehabilitation relevanten Einflüsse aus dem Lebenshintergrund der Patientin/des Patienten auf deren/dessen Aktivitäten und Teilhabe im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren, die sowohl in der Umwelt als auch Person begründet sein können. Umwelt- und personbezogene Faktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung. Auch den Rehabilitationserfolg evtl. gefährdende Risikofaktoren sind an dieser Stelle zu benennen.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil C

9 F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fehl-/ Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel	<input type="text"/>			

11 III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ca (7.2022)

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

⑪ Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzen. Ist dies nicht der Fall, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

IV. Rehabilitationsziele

⑫ Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

A. – B. Rehabilitationsziele

In diesem Unterabschnitt soll sich die Vertragsärztin/der Vertragsarzt positionieren, welche Ziele sie/er unter Beachtung der Kontext- bzw. Risikofaktoren für realistisch hält – sowohl hinsichtlich der Funktionsschädigungen als auch der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe.

Die Rehabilitationsziele beziehen sich neben den oben genannten Funktions-schädigungen in erster Linie auf die daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Sie sollten möglichst konkret beschrieben werden (z. B. „Erreichen eines Transfers, Gehen kurzer Strecken“). Die mit der Patientin / dem Patienten und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen auch mit den Angehörigen formulierten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele sind zu dokumentieren. Abweichungen zwischen den von der Patientin/vom Patienten formulierten Re-habilitationszielen und denen der Vertragsärztin / des Vertragsarztes sind ebenfalls zu dokumentieren, da dieser Umstand einen Einfluss auf die Prognose haben kann.

V. Rehabilitationsprognose

⑬ In diesem Unterabschnitt soll die Vertragsärztin / der Vertragsarzt eine Aussage treffen, ob die zuvor formulierten Rehabilitationsziele sowohl durch die empfohlene Leistung zur medizinischen Rehabilitation als auch im vorgesehenen Zeitraum vollumfänglich oder ggf. nur eingeschränkt erreicht werden können.

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung der medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit. Dabei ist der positive wie negative Einfluss des sozialen wie persönlichen Lebenshintergrundes (umwelt- und personbezogenen Faktoren) einzubeziehen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Motivation der Patientin oder des Patienten mit Blick auf die Verstärkung von Ressourcen (z. B. Einstellungen zu den krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen, Bewältigungsstrategien) wie auch einer möglichen Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren (z. B. Risikofaktoren).

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

61 Teil D

12 **IV. Rehabilitationsziele**

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

13 **V. Rehabilitationsprognose**

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

14 **VI. Zuweisungsempfehlungen**

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär
 Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

pflegende/r Angehörige/r andere

VII. Sonstige Angaben

15 **Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund**

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

16 **Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig**

17 **Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert**

18 **Reisefähigkeit**

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

19 **Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen**

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)
 Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

20 **Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter**

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Da (7.2022)

VI. Zuweisungsempfehlungen

14 A. - C. Empfohlene Rehabilitationsform, inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen und weitere Bemerkungen/Begründungen

Dieser Unterabschnitt beinhaltet Angaben zur empfohlenen Rehabilitationsform, also ob die Leistung z. B. ambulant, stationär, als Mütter-/Väter-Leistung oder als geriatrische Rehabilitation erbracht werden soll. Bei der Verordnung einer Mütter-/Väter-Leistung bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung sind die für diese relevanten Kontextfaktoren in Abschnitt II. G besonders darzustellen. Für die Verordnung einer medizinischen Vorsorgeleistung (nicht Rehabilitation) nach § 24 SGB V ist das Muster 61 Teil B – E nicht zu verwenden. Hierfür wird als gesonderter Verordnungsvordruck das Muster 64 zur Verfügung gestellt.

Zudem ist unter B die Angabe zu inhaltlichen Schwerpunkten/Indikationen der Rehabilitation, wie z. B. orthopädisch oder kardiologisch anzugeben. Bei der Zuweisung in die geriatrische Rehabilitation sind die besonderen Anforderungen unter 3 und 7 zu beachten.

Unter C soll die Vertragsärztin / der Vertragsarzt Angaben dazu machen, welche Anforderungen die Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgen soll, erfüllen soll.

Falls es sich bei dem/der Versicherten um eine(n) pflegende(n) Angehörige(n) handelt, ist dies ebenfalls unter C anzugeben, um unter anderem die Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form zu begründen.

VII. Sonstige Angaben

15 Die beantragte Leistung

In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von vier Jahren zwischen zwei Rehabilitationsleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn eine andere Krankheit die Rehabilitation begründet oder infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert begründet werden. Für Kinder vor dem vollendeten 18. Lebensjahr findet die gesetzliche Wartefrist von 4 Jahren keine Anwendung.

16 Die zeitweise Entlastung und Distanzierung

Hier ist ein Kreuz zu setzen, wenn eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld und damit eine wohnortferne Maßnahme notwendig ist, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

17 Im Falle einer ambulanten Rehabilitation

Dieser Unterabschnitt ist anzukreuzen, wenn die häusliche Versorgung im Falle einer ambulanten Rehabilitation gesichert ist.

18 Reisefähigkeit

Mit dieser Frage wird die Reisefähigkeit der Patientin / des Patienten erfasst. Können z. B. öffentliche Verkehrsmittel, mit denen die Patientin / der Patient die Einrichtung erreichen kann, benutzt werden? Sind ein PKW und/oder eine Begleitperson erforderlich?

19 Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

In diesem Unterabschnitt sind Angaben zur möglichen Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen zu machen. Sofern die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, d.h. der Reha-Einrichtung oder die Koordination einer Versorgung des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse und Pflegekasse gewünscht wird, ist dies anzugeben. Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung, sind diese unter „Sonstiges“ anzugeben. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint.

20 Sonstiges / Rückruf erbeten unter

In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise gegeben werden, wie z. B. zur Reisefähigkeit, zum Bestehen einer Schwangerschaft oder wenn Anhaltspunkte bei der oder dem Versicherten erkennbar sind, dass weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe bestehen, die über die medizinische Rehabilitation hinausgehen (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf. Zudem hat hier die Vertragsärztin/der Vertragsarzt die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten.

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

21 Erteilte Einwilligungserklärungen

Im Rahmen der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation hat die Verordnerin oder der Verordner die oder den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der im Einzelfall vorzunehmenden gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die Verordnerin oder den Verordner zu informieren. Die Informationspflicht bezieht sich zudem auf die Möglichkeit der Einwilligung der oder des Versicherten zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an ihre oder seine Angehörigen oder Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Der Inhalt der abgegebenen Einwilligungen der oder des Versicherten ist durch die Angabe unter Punkt 1 und 2 zu übermitteln.

22 B. Angaben der/des Versicherten

Sofern die oder der Versicherte die Einwilligung nach Punkt VIII. A. 2. positiv vornimmt, ist darauf hinzuweisen, dass vor einer Weitergabe der Verordnung durch die oder den Versicherten konkrete Angaben zu den Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen vorzunehmen sind, an die die Entscheidung der Krankenkasse übermittelt werden soll. Die jeweiligen Angaben sind durch die oder den

Versicherten auf dem Muster 61 vorzunehmen und durch seine Unterschrift zu bestätigen.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil E
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

21 A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.
 ja nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.
 ja nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht
 Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-E) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

22 B. Angaben der/des Versicherten
Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift der oder des Versicherten
(des gesetzlichen Vertreters,
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ea (7.2022)

Anlage I: Übersicht der Funktionstests (zu Punkt 7 C. „Bei geriatrischer Rehabilitation“)

Entnommen ist diese Übersicht aus den Unterlagen zum Beschluss des G-BA zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 16.12.2021 (BAnz AT 16.02.2022 B3).

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation	Dokumentation & Bezugsweg
Mentale Funktionen	MMST	Mini Mental Status Test	24 bis 30 Punkte: keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung, 17 bis 23 Punkte: mittlere kognitive Funktionseinschränkung, 0 bis 16 Punkte: schwere kognitive Funktionseinschränkung	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/mmse.pdf
	GDS 15	Geriatrische Depressions-Skala	0 bis 5 Punkte: unauffällig, ≥ 6 Punkte: depressive Störung wahrscheinlich	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/gds.pdf
	Uhrentest	Uhrentest nach Watson	Fehler in den Quadranten I bis III: je 1 Fehlerpunkt, Fehler im Quadranten IV: 4 Fehlerpunkte, ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/cct.pdf
Sinnesfunktionen und Schmerz	Schmerzskala	Visuelle Analogskala für Schmerzintensität <u>oder</u> Numerical Pain Rating Scale	0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)	Die NRS Schmerz Skala reicht von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz). Aufgrund ihrer Einfachheit gibt es eine Vielzahl an Ausführungen. Numerische Schmerzskala: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/nrs.pdf Visuelle Analogskala: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/vas.pdf
Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	Ergo	Ergometrie in Watt	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.
	FEV1+VK	Spirometrie	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation	Dokumentation & Bezugsweg
	NYHA	New York Heart Association	NYHA I (asymptomatisch), NYHA II (leicht), NYHA III (mittelschwer), NYHA IV (schwer)	keine Angaben
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	TUG und Chair-Rise	Timed „Up & Go“ in Verbindung <u>mit</u> Chair-Rise	TUG: ≤ 10 Sekunden: Alltagsmobilität uneingeschränkt, 11 bis 19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz, 20 bis 29 Sekunden: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung, ≥ 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, i.d.R. Interventions- / Hilfsmittelbedarf Chair-Rise: Werte über 12 Sekunden: erhöhte Sturzgefahr	TUG: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tug.pdf Chair-Rise: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/chair-stand%20up.pdf
	DEMMI	de Morton Mobilitäts Index	Höhere Scores bedeuten einen höheren Mobilitätsgrad. Der geringste klinisch relevante Unterschied wird mit 10 Punkten angegeben.	https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/assessment_demmi.pdf
	Tinetti	Motilitätstest nach Tinetti	unter 20 Punkten: erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkte: deutlich erhöhtes Sturzrisiko	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tinetti-test.pdf
	Handkraft	Handkraft in kPa	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert; deutliche Seitendifferenz	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/handkraft.pdf

Anlage II Liste der geriatritypischen Diagnosen zu Punkt 3

Entnommen ist diese Liste aus den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 16.12.2021 (BANz AT 16.02.2022 B3).

Geriatritypisch sind insbesondere folgende Erkrankungen:

- Demenz und leichte kognitive Störungen F00-03, F06.7
- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt F05.-
- Sehstörung, Blindheit und Sehbeeinträchtigung H53.-, H54.-
- Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörungen H90.-
- Depressive Episoden und anhaltende affektive Störungen F32.-, F34.
- Andere Angststörung F41.-
- Dekubitalgeschwür und Druckzone L89.-
- Ulcus cruris L97
- Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz R52.1
- Sonstiger chronischer Schmerz R52.2
- Sensibilitätsstörungen der Haut R20.-
- Harninkontinenz R32
- Sturzneigung R29.6
- Schwindel und Taumel R42
- Fehl- und Mangelernährung R63.6
- Dysphagie R13.-
- Senilität R54 (Frailty-Syndrom)
- Muskelschwund und -atrophie M62.5- (Sarkopenie)
- Immobilität R26.3 (Angewiesensein auf (Kranken-)Stuhl, Bettlägerigkeit)
- Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes E87.8

Muster 62A: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

Damit außerklinische Intensivpflege (AKI) bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verordnet werden kann, muss vorab das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung geprüft werden. Da die Potenzialerhebung insbesondere bei Versicherten, die kein Potenzial auf eine Entwöhnung oder Dekanülierung mehr haben, mit der Zielsetzung der Therapieoptimierung durchgeführt wird, hat der G-BA in der AKI-RL den neutralen Begriff „Erhebung“ verwendet. Die Erhebung darf nur durch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (entsprechend § 5 AKI-RL) durchgeführt werden. Die Durchführung der Erhebung bedarf für die Ärztinnen und Ärzte einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Erhebung muss mindestens einmal jährlich unmittelbar persönlich erfolgen. Ist eine unmittelbar persönliche Erhebung im Einzelfall nicht möglich, weil zum Beispiel die Betroffenen nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand beziehungsweise gesundheitlichen Belastungen transportfähig sind, kann die Erhebung auch telemedizinisch durchgeführt werden. Dies muss entsprechend dokumentiert und begründet werden. Die telemedizinische Erhebung entspricht vom Inhalt und Umfang einer persönlichen Erhebung.

Die Erhebung ist alle sechs Monate durchzuführen. Nur bei Versicherten, bei denen nachweislich dauerhaft kein Potenzial auf eine Entwöhnung oder Dekanülierung besteht, muss die Erhebung (mit dem Fokus auf Therapieoptimierung) mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden. Sofern innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung kein Potenzial festgestellt und dokumentiert wurde, kann die Erhebung entfallen.

Die Inhalte der Erhebung werden auf dem Muster 62A als Ergebnis dargestellt. Das Ergebnis erhält die verordnende Ärztin und der verordnende Arzt sowie die Krankenkasse.

① Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung

In diesem Feld soll angegeben werden, welche konkreten Untersuchungen durchgeführt und welche Befunde erhoben wurden, die zum Ergebnis der Erhebung geführt haben. Dies soll der Nachvollziehbarkeit gegenüber der verordnenden Ärztin und dem verordnenden Arzt, den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst dienen.

② Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Von besonderer Bedeutung im Rahmen der Erhebung ist der differenzierte Befund der Schluckdiagnostik mit Angabe der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Schluck- bzw. Sprechfunktion (z.B. Sekret-/ Speichelmanagement, Möglichkeiten der Schluckaktinitiierung, mögliche Entblockungszeiten, Kostaufbau).

③ Ergebnis der Erhebung zur Beatmungsentwöhnung/zur Dekanülierung

Ob und welche Felder in diesem Abschnitt anzukreuzen sind, hängt individuell von dem Ergebnis bei der oder dem Versicherten durchzuführenden Erhebung ab. Dabei richten sich die Inhalte der diesen Aussagen zugrunde zu legenden durchgeführten Erhebung jeweils nach den Regelungen in § 5 Abs. 8, 9 bzw. 10 der AKI-Richtlinie.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

62A

- 1 Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

- 2 Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

--

3 Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor zur Beatmungsentwöhnung zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin

	M M J J

Potenzial kann perspektivisch vorliegen zur Beatmungsentwöhnung zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor zur Beatmungsentwöhnung zur Dekanülierung

Begründung

--

- 4 Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

- 5 Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

- 6 Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

7 Weitere Erläuterungen

- 8 Ergebnis der Erhebung festgestellt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

- 9 Erneute Erhebung geplant am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Aa (1.2023)

Potenzial liegt vor (Empfehlungen zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen)

Sofern ein unmittelbares Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorliegt, kennzeichnet die potenzialerhebende Ärztin oder der potenzialerhebende Arzt dies entsprechend und gibt eine Empfehlung für eine spezialisierte Einrichtung zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, die zeitnah Aufnahmekapazitäten hat. Der geplante Aufnahmetermin ist in dem entsprechenden Datumsfeld anzugeben. Die Krankenkasse unterstützt bei Bedarf eine geeignete Einrichtung zu finden; hierzu ist bei Bedarf die zuständige Krankenkasse zu kontaktieren.

Potenzial kann perspektivisch vorliegen (erforderliche vorbereitende Maßnahmen)

Wenn ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung langfristig nicht sicher ausgeschlossen werden, also perspektivisch vorliegen kann, ist das hier zu kennzeichnen. Es sollen alle erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen, die ggf. eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung ermöglichen, als Empfehlung für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt angegeben werden (z.B. spezifische Maßnahmen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege, Verordnung von Heilmitteln, etc.).

Potenzial liegt nicht vor (Begründung)

Hier sind die konkreten Gründe bzw. Funktionsbeeinträchtigungen anzugeben, warum dauerhaft kein Potenzial auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zu erwarten ist.

④ Maßnahmen zur Therapieoptimierung

Die Prüfung einer Therapieoptimierung ist bei allen Versicherten notwendig. Dies gilt insbesondere bei Versicherten, bei denen dauerhaft kein Potenzial auf Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorhanden ist. In diesem Feld sollen Maßnahmen angegeben werden, die aus ärztlicher Sicht notwendig sind, um die Therapie zu optimieren.

⑤ Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Bei Versicherten, bei denen keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, kann die Erhebung entfallen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums der Potenzialbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung durch die potenzialerhebende Ärztin oder den potenzialerhebenden Arzt festgestellt und dokumentiert wurde. Folglich kann eine solche Entscheidung nicht getroffen werden, wenn die durchgeführten Erhebungen telemedizinisch erfolgt sind.

Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn dieser Fall aus Sicht der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes zutrifft.

⑥ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung [...] ist nicht mehr angezeigt

In Ergänzung zum Feld (5) „Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.“ kann durch Ankreuzen dieses Feldes empfohlen werden, dass selbst zum Zwecke der Therapieoptimierung aus Sicht der potenzialerhebenden Ärztin

oder des potenzialerhebenden Arztes eine Erhebung nicht mehr angezeigt und erforderlich ist.

7 Weitere Erläuterungen

Die potenzialerhebende Ärztin oder der potenzialerhebende Arzt kann hier weitere Hinweise, insbesondere für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt sowie für die Krankenkasse, angeben.

8 Ergebnis der Erhebung festgestellt am

Hier ist das Datum der Untersuchung anzugeben. Werden die Untersuchungen an mehr als einem Tag durchgeführt, ist der Tag anzugeben, an dem die Erhebung abgeschlossen wurde.

9 Erneute Erhebung geplant am

Hier ist anzugeben, wann die nächste Erhebung terminiert wurde. Dieses Datum berücksichtigt die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt bei Ausstellung der Verordnung auf Muster 62B.

Muster 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege

Grundlage der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist die Außerklinische-Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (AKI-Richtlinie). Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei beatmeten und trachealkanülierten Versicherten grundsätzlich nur möglich, wenn eine aktuelle Potenzialerhebung vorliegt, die zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als 3 Monate ist (s. Muster 62A). Folgeverordnungen dürfen längstens für sechs Monate ausgestellt werden.

Nur wenn bei Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörungen besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung nicht mehr alle 6 Monate, sondern alle 12 Monate durchgeführt werden. Sofern innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung kein Potenzial festgestellt und dokumentiert wurde, kann die Erhebung entfallen.

Exemplare der Verordnung erhalten die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt, der Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V sowie die Krankenkasse.

1 Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Hier sind die Diagnose(n) anzugeben, die die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege medizinisch begründen. Die Diagnosen sind nach ICD-10-Code zu verschlüsseln.

2 vom - bis

Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die außerklinische Intensivpflege erbracht werden soll. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

3 Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben)

Diese Information ist nur durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt insbesondere im Rahmen der Vorabinformation anzugeben und auszufüllen, wenn das Muster 62B vor der Entlassung aus dem Krankenhaus ausgestellt wird. Die Information dient dazu, die Entlassung in die außerklinische Intensivpflege vorzubereiten.

4 Erstverordnung/Folgeverordnung

Bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 5 Wochen nicht überschritten werden. Erfolgt die Erstverordnung im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus und erfolgt eine nahtlose Versorgung, stellt die erste Verordnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes eine Folgeverordnung dar.

Folgeverordnungen können für bis zu sechs Monate ausgestellt werden. Wenn dauerhaft kein Potenzial auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, können Folgeverordnungen für bis zu 12 Monate ausgestellt werden. Folgeverordnungen sind spätestens drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</h2> <p style="margin: 0;">Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>1 <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>2 vom <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>3 Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) <input type="checkbox"/> Unfall</p>																																						
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																						
Name, Vorname des Versicherten																																																						
		geb. am																																																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																				
7 I. Klinischer Status																																																						
<p><input type="checkbox"/> Beatmung, seit <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Beatmungsform</th> <th style="width: 20%;">Beatmungsdauer</th> <th style="width: 20%;">Spontanatmungszeit</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Tag</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input style="width: 100px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Nacht</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Nacht</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 40%;">Entblockungszeiten</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung, Art <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="width: 15%;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="width: 15%;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="width: 20%;">Mobilität vorhanden</th> <th style="width: 35%;">Orale Ernährung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Nackengriff</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> Schürzengriff</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> Faustschluss</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> </tbody> </table>		Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Tag	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Nacht	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Nacht	Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Faustschluss			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff			<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> teilweise
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																																																				
<input type="checkbox"/> invasiv	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Tag	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Tag																																																				
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Nacht	<input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden pro Nacht																																																				
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																																																					
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	<input style="width: 100px;" type="text"/>																																																					
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																																																		
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nackengriff																																																		
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Schürzengriff																																																		
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Faustschluss																																																		
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff																																																		
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> nein																																																		
				<input type="checkbox"/> ja																																																		
				<input type="checkbox"/> teilweise																																																		
8 II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI <input style="width: 30px;" type="text"/> Stunden je Tag																																																						
III. Weitere Hinweise																																																						
<p>9 <input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p>10 Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität</p> <p><input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht</p> <p>Weitere Erläuterungen <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>11 <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>12 <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>13 <input style="width: 100px;" type="text"/></p>																																																						
Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)																																																						
Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes <input style="width: 100px; height: 50px;" type="text"/> Muster 62Ba (1.2023)																																																						

5 Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 2 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III; nur durch Krankenhaus anzugeben)
 Dieses Feld ist ausschließlich für eine Nutzung durch Krankenhäuser im Zuge des Entlassmanagements vorgesehen. Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen

Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wird, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren. Hierfür kann der Teil B des Musters 62, Abschnitt I bis III genutzt werden. Das Krankenhaus kann im Zuge dieser Vorabinformation in den Abschnitten I bis III weitere Angaben machen, sofern diese nach seiner Einschätzung im individuellen Fall zu diesem Zeitpunkt bereits möglich und sinnvoll sind, um eine Beratung der oder des Versicherten durch die Krankenkasse zu unterstützen und damit die geordnete Überleitung in die außerklinische Intensivpflege zu befördern sowie Rückfragen zu vermeiden. Eine Verpflichtung zu Angaben durch das Krankenhaus in den Abschnitten I bis III besteht im Zuge dieser Vorabinformation nicht.

6 Unfall

Ergibt sich die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege infolge eines Unfalls, ist dies hier anzugeben.

7 I. KLINISCHER STATUS

Diese Angaben dienen dazu, den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege zu konkretisieren. Hier sind konkrete klinische Parameter und die lebensbedrohlichen Einschränkungen der Vitalfunktionen zu benennen, welche im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege stehen. Auch sollen Mitwirkungsmöglichkeiten der oder des Versicherten aufgezeigt werden.

Beatmung, seit

Hier ist anzugeben, seit wann die Indikation für eine Beatmung besteht.

Beatmungsform

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte invasiv oder nicht invasiv beatmet wird. Zudem ist anzugeben, mit welchem konkreten Maskentyp (z.B. Nasenmaske, Mund-Nasenmaske, Mundstück) die Beatmung erfolgt.

Beatmungsdauer

Hier ist anzugeben, wie viele Stunden pro Tag bzw. pro Nacht eine Beatmung notwendig ist.

Spontanatmungszeit

Hier ist die Spontanatmungszeit pro Tag bzw. pro Nacht anzugeben.

Tracheostoma, seit

Hier ist anzugeben, seit wann das Tracheostoma besteht. Diese Information ist sowohl bei invasiv beatmeten Versicherten als auch bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten anzugeben.

Trachealkanüle

Hier ist anzukreuzen, ob die Trachealkanüle geblockt oder ungeblockt ist und ob ein Sprechventil genutzt werden kann.

Entblockungszeiten

Hier sind die Häufigkeit und die Entblockungszeiten pro Tag anzugeben.

Endotracheale Absaugpflicht

Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn eine endotracheale Absaugpflicht gegeben ist. Zudem ist die durchschnittliche tägliche Absaugfrequenz anzugeben und ob die Absaugungen zu regelmäßigen Zeiten (z.B. nach Lagerungen) oder zu unregelmäßigen Zeiten erforderlich sind.

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen

Wenn ein Bedarf an außerklinischer Intensivpflege bei nicht beatmeten und nicht trachealkanülierten Versicherten vorliegt, sind in diesem Feld die konkreten vitalen Funktionseinschränkungen, die die außerklinische Intensivpflege begründen, sowie deren Art und Häufigkeit, ggf. unter Verwendung eines Beiblattes, anzugeben.

Bewusstseinsstörung, Art

Liegt eine Bewusstseinsstörung vor, ist diese hier anzugeben.

Mitwirkung bei AKI

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte bei den Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege mitwirken kann. Ist dies der Fall, ist das Feld „uneingeschränkt“ anzugeben. Ist das bei einigen, aber nicht bei allen Maßnahmen der Fall, ist das Feld „eingeschränkt“ anzugeben. Ist das nicht der Fall, ist das Feld „nicht möglich“ anzugeben.

Kommunikation/Verständigung

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte in der Lage ist, sich insbesondere in Krisensituationen zu verständigen und zu kommunizieren. Ist dies der Fall, ist das Feld „uneingeschränkt“ anzugeben. Ist das in einigen Situationen, aber nicht immer der Fall, ist das Feld „eingeschränkt“ anzugeben. Ist das nicht der Fall, ist das Feld „nicht möglich“ anzugeben.

Orientierung vorhanden, zu

Hier sind konkretisierende Angaben zur Orientierung der oder des Versicherten differenziert nach Ort, Zeit, Person und Situation anzugeben. Ist eine Orientierung vorhanden, ist an der entsprechenden Stelle ein Kreuz zu setzen. Ist das nicht der Fall, ist das Kreuz bei „nicht vorhanden“ zu setzen.

Mobilität vorhanden

Hier sind Aussagen zur Mobilität der oder des Versicherten zu treffen.

Orale Ernährung

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte zur oralen Ernährung fähig ist.

⑧ II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Anzugeben ist die täglich erforderliche Anzahl der Stunden, in denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur permanenten Interventionsbereitschaft zwingend erforderlich ist. Der erforderliche Leistungsumfang kann eine Versorgung rund um die Uhr (24 Stunden) beinhalten oder auf bestimmte Zeiträume beschränkt sein.

III. Weitere Hinweise

9 Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Hier können die Ausführungen des Musters 62A aus dem Feld „Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.“ übernommen werden.

Bei Versicherten, bei denen keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, kann die Erhebung entfallen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums der Potenzialbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung durch die potenzialerhebende Ärztin oder den potenzialerhebenden Arzt festgestellt und dokumentiert wurde.

Folglich kann eine solche Entscheidung nicht getroffen werden, wenn die durchgeführten Erhebungen telemedizinisch erfolgt sind. Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn dieser Fall aus Sicht der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes zutrifft.

10 Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

Der verordnende Arzt oder die verordnende Ärztin kreuzt unter Einbeziehung des Musters 62A bzw. des Feldes „Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.“ und der Beratung mit dem oder der Versicherten an, ob eine regelmäßige Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung weiterhin angezeigt oder nicht mehr angezeigt und erforderlich ist. Zudem kann angegeben werden, ob die oder der Versicherte eine solche Erhebung ablehnt.

11 Weitere Erläuterungen

Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt kann hier weitere Hinweise für die Krankenkasse sowie den Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V angeben.

Übergangsregelung: Hier ist anzugeben und zu begründen, wenn vor einer Verordnung ausnahmsweise keine Potenzialerhebung durchgeführt werden konnte.

Im Rahmen einer Übergangsregelung hat der G-BA befristet bis zum 31.12.2024 die bisherige Regelung zur verpflichtenden Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durch eine „Soll-Regelung“ ergänzt. Für diesen Zeitraum ist die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung ausnahmsweise nicht durchzuführen, falls nicht gewährleistet werden kann, dass eine zur Potenzialerhebung qualifizierte Ärztin oder ein zur Potenzialerhebung qualifizierter Arzt vor der Verordnung rechtzeitig zur Verfügung steht. Die befristete Soll-Regelung bedeutet also, dass eine Erhebung, soweit sie möglich ist, durchgeführt werden muss. Insoweit bewirkt die befristete Soll-Regelung lediglich eine Streckung des Zeitrahmens zur Durchführung der Potenzialerhebung, nicht jedoch eine Aussetzung der Potenzialerhebung.

12 Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt.

Dieses Feld richtet sich ausschließlich an die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind. Für diese Versicherten wird AKI grundsätzlich von Fachärztinnen und Fachärzten, die auf die die AKI auslösende Erkrankung spezialisiert sind, verordnet.

Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können nur im (gegebenenfalls telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten verordnen. Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist hier anzugeben.

13 Sonstige Hinweise

Hier ist die Angabe weiterer relevanter Hinweise insbesondere im Hinblick auf die eingeschränkte Kommunikation, Mitwirkungsfähigkeit oder Nahrungsaufnahme möglich.

Muster 62C: Behandlungsplan

Der Behandlungsplan wird der Verordnung beigelegt und von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt erstellt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes. Hierbei sind spezifische Angaben und konkretisierende Hinweise bezüglich der vereinbarten Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren. Bei einer Vielzahl zu beteiligender Akteure (Pflegefachkräfte, Heilmittelerbringer, Geräteprovider, Haus- und Fachärzte, Kliniken etc.) soll der verbindliche Behandlungsplan die Informationsweitergabe unterstützen und die Versorgungssituation transparent abbilden.

Sind Änderungen der Therapieziele, der Maßnahmen der AKI oder der medizinischen Behandlungspflege erforderlich, wird der Behandlungsplan aktualisiert. Sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der AKI ergeben, die von der Verordnung nach 62B abweichen, wird der Behandlungsplan erneut der Krankenkasse vorgelegt.

Exemplare des Behandlungsplans erhalten die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt, der Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V sowie die Krankenkasse.

① Bedarfsmedikamente für AKI

Hier sind die Medikamente mit Namen und Dosierung anzugeben, die bei Bedarf zu verabreichen sind. Die Angabe eines Bedarfsgrundes sollte möglichst präzise erfolgen.

② Notfallmanagement

Hier sind die Sofortmaßnahmen zu beschreiben, die beim Auftreten eines Notfalls, zum Beispiel bei Atmungs- und Kreislaufversagen oder einer Stoffwechsellentgleisung umzusetzen sind.

③ Therapieziele

Hier sind die individuellen, patientenzentrierten Therapieziele anzugeben, auf die die AKI ausgerichtet ist (Sicherstellung von Vitalfunktionen, Vermeiden von lebensbedrohlichen Komplikationen, Linderung von Beschwerden, Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes).

MRE-Besiedlung

Hier ist zu vermerken, ob eine MRE-Besiedlung vorliegt und ggf. der Keim anzugeben, sofern dieser bekannt ist.

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

Im Rahmen der Verordnung sind Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer zu berücksichtigen und die relevanten Maßnahmen hier anzukreuzen.

④ Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege zählen zu den sogenannten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege. Diese können an geeignete Pflegefachkräfte delegiert werden. Voraussetzung für eine AKI ist eine permanente Interventionsbereitschaft sowie Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft, die entsprechende Maßnahmen umsetzt.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">Behandlungsplan 62C</div> <p>1 Bedarfsmedikamente für AKI</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>2 Notfallmanagement</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
3 Therapieziele																
MRE-Besiedelung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Keim 																
Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie																
4 Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege																
<input type="checkbox"/> Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter 																
<input type="checkbox"/> Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 30%;">Tracheotomie</th> <th style="width: 40%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 30%;">Befeuchtung</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch </td> <td> Hersteller Innendurchmesser in mm </td> <td> <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv </td> </tr> </table>		Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm 	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv									
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung														
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm 	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv														
<input type="checkbox"/> Sekretmanagement <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 50%;">Absauggerät</th> <th style="width: 50%;">Inhalationsgerät</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag </td> <td> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz </td> </tr> </table>		Absauggerät	Inhalationsgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz 											
Absauggerät	Inhalationsgerät															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz 															
<input type="checkbox"/> Dysphagiemanagement <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																
<input type="checkbox"/> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteinstellungen <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																
<input type="checkbox"/> Sauerstoffsufflation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Notfallversorgung <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 33%;">mit Beatmung</th> <th style="width: 33%;">unter Spontanatmung</th> <th style="width: 34%;">Mobilität</th> </tr> <tr> <td> Flow l/min Dauer h/tgl. </td> <td> Flow l/min Dauer h/tgl. </td> <td> Flow l/min Dauer h/tgl. </td> </tr> </table>		mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow l/min Dauer h/tgl. 	Flow l/min Dauer h/tgl. 	Flow l/min Dauer h/tgl. 									
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität														
Flow l/min Dauer h/tgl. 	Flow l/min Dauer h/tgl. 	Flow l/min Dauer h/tgl. 														
<input type="checkbox"/> Spezielle Hygienemaßnahmen 																
Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																
5 Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> </table>	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis					
Häufigkeit			Dauer													
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis												
Name des Arztes / der Ärztin 																
Ausfertigung für die Krankenkasse																
Muster 62Ca (1.2023)																

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

Die durch die Pflegefachkräfte zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter sind hier anzugeben. Wenn indiziert, sind Grenzwerte festzulegen, bei deren Über-

bzw. Unterschreitung die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt zu informieren ist.

Die Pflegefachkräfte informieren den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin zusätzlich über Veränderungen des Gesundheitszustandes nach eigenem Ermessen und fachlicher Bewertung der Vitalparameter.

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Ist ein Tracheostoma vorhanden und ein Trachealkanülenmanagement angezeigt, sind hier Angaben zur Art der Tracheotomie, zum Hersteller der Trachealkanüle einschließlich des Innendurchmessers sowie zur Befeuchtung zu tätigen.

Sekretmanagement

Ist ein Sekretmanagement erforderlich, ist hier anzugeben, ob und wie häufig am Tag ein Absauggerät und ein Inhalationsgerät (unter Angabe des Medikaments/der Substanz) angewendet werden.

Dysphagiemanagement

Hier ist anzugeben, welche unterstützende(n) Maßnahme(n) zur Verbesserung der Schluckfunktion und zur Wiederherstellung der Sprechfunktion angezeigt sind (bspw. Schlucktraining, sensomotorische Stimulation, Mundhygiene, Koststufen, Verwendung von Ess- und Trinkhilfen u. a.).

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Hier sind Besonderheiten bei der Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes, ggf. unter Angabe der Geräteeinstellungen zu vermerken.

Sauerstoffinsufflation

Ist eine Sauerstoffinsufflation regelmäßig oder im Rahmen der Notfallversorgung erforderlich, ist dies anzukreuzen. Angaben zum Gasfluss (Flow) und zur täglichen Dauer sind zu dokumentieren, differenziert nach Anwendung unter Beatmung und bei Spontanatmung sowie bei Nutzung einer mobilen Sauerstoffversorgung.

Spezielle Hygienemaßnahmen

Sind spezielle Hygienemaßnahmen zu beachten, sind diese hier anzugeben.

Ergänzend ist an dieser Stelle die Angabe sonstiger eingeleiteter Maßnahmen der AKI möglich, ebenso die Nennung weiterer Behandlungsaspekte, die über die AKI hinausgehen oder diese ergänzen, bspw. ernährungstherapeutische Vorgaben, schmerz- und psychotherapeutische Maßnahmen, palliativmedizinische Aspekte, weitere fachärztliche Behandlung.

5 Medizinische Behandlungspflege

Alle weiteren im zeitlichen Zusammenhang mit der AKI anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie sind Teil der AKI und können nicht separat im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege auf Muster 12 verordnet werden. Sie sind durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen. Die erforderlichen Leistungen sowie deren Häufigkeit und Dauer sind hier, ggf. unter Nutzung eines Beiblattes, anzugeben.

Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird auf dem Vordruckmuster 63 „Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)“ nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von dem behandelnden Vertragsarzt verordnet.

Für die Verordnung wird insbesondere auf folgende Punkte hingewiesen:

1. Die Verordnung der SAPV ist nur zulässig, wenn der Versicherte
an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch seine Lebenserwartung begrenzt ist und somit anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung der Palliativversorgung im Vordergrund steht und
er eine besonders aufwändige Versorgung benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI erbracht werden kann.

Die Verordnung setzt demnach voraus, dass mindestens eines der auf dem Verordnungsvordruck genannten komplexen Symptomgeschehen (vgl. § 4 der SAPV-Richtlinie) vorliegt und das Krankheitsbild sowie der erforderliche Versorgungsbedarf ausreichend beschrieben sind.

2. Die SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig von spezialisierten Leistungserbringern erbracht. Sie kann in dem Umfang verordnet werden,
wie es notwendig und zweckmäßig ist und
soweit das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere der allgemeinen Palliativversorgung, nicht ausreicht, um dem schwerkranken Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

§ 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie enthält eine Aufzählung der wesentlichen Leistungsinhalte.

3. Im Rahmen der SAPV ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar und der Arzt hat daher bei der SAPV-Verordnung die erforderlichen Maßnahmen mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen.
4. Die Verordnung (Vorderseite des Vordrucks 63) ist von Vertragsärzten auszustellen. Der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck anzugeben
den Verordnungszeitraum,
die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die SAPV,

das komplexe Symptomgeschehen mit einer näheren Beschreibung dieses Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs,

die aktuelle Medikation einschl. der ggf. gegebenen Betäubungsmittel sowie

die erforderlichen spezialisierten palliativärztlichen und palliativpflegerischen Maßnahmen der SAPV einschließlich deren inhaltlichen Ausrichtungen; die Maßnahmen können dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend

- Beratungsleistung
- Koordination der Palliativversorgung
- additiv unterstützende Teilversorgung
- vollständige Versorgung

sein. Die SAPV kann als Beratungsleistung für den behandelnden Arzt, die behandelnde Pflegefachkraft oder den Patienten/die Angehörigen erbracht werden. Im Einzelfall ist auch eine Beratung einer anderen Person möglich.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes mit Stempel und Datumsangabe.

5. Die vom Versicherten durch Vorlage der Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite des Verordnungsvordrucks 63, die vom Versicherten bzw. vom SAPV-Leistungserbringer auszufüllen ist – es ist nur die Rückseite von Muster 63a (Ausfertigung für die Krankenkasse) auszufüllen) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bis zu ihrer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die verordneten und vom spezialisierten Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V.

Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse den verordnenden Arzt sowie die Leistungserbringer der SAPV über die Gründe zu informieren.

Muster 64 Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V

Auf dem Muster 64 können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter verordnen. Diese Leistungen können auch als Mutter-/Vater-Kind Leistung erbracht werden. Maßgebend für deren Empfehlung ist die Indikation für die Mutter/den Vater. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter können auf dem Muster 61 verordnet werden. Im Gegensatz zu einer Rehabilitationsmaßnahme für Mütter oder Väter liegen bei einer Vorsorgeleistung für Mütter oder Väter noch keine längerfristigen (> 6 Monate) Aktivitätsbeeinträchtigung bei der Mutter/ dem Vater vor.

Bei Verwendung des Musters 64 ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Vorsorge erbringt, wenn eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für die Vorsorgeleistung gegeben ist.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

① In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden vorsorgerelevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) sowie die vorsorgerelevanten Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Diagnosen sind als ICD-Codes zu verschlüsseln und können zusätzlich als Klartext angegeben werden. Um eine bessere Vorstellung davon zu erhalten, welche Einschränkungen im täglichen Leben aus der Erkrankung resultieren, können darüber hinaus Funktionsdiagnosen angegeben oder Freitextangaben gemacht werden.

II. Vorsorgebedürftigkeit

In diesem Abschnitt werden zur Anamnese und den vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe, die Kontextfaktoren abgefragt, die für die mütter-/ väterspezifische Problemsituation relevant sind.

Vorsorgebedürftigkeit besteht einerseits, wenn bei der Mutter/dem Vater beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden.

Vorsorgebedürftigkeit besteht andererseits auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert, das Auftreten von Rezidiven bzw. Exazerbationen vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll.

Bei der Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit sind die auf das Gesundheitsproblem wirkenden Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

64 Teil A

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

1 A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

1 B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

2 A. Kurze Angaben zur Anamnese

3 B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen,
häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

4 C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | <input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle | <input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner | <input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen | <input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters | | <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | <input type="checkbox"/> allein erziehend | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie | |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 64 Aa (10.2018)

Vorsorgebedürftigkeit besteht nur dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe (interdisziplinäre, mehrdimensionale) Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist.

A. Kurze Angaben zur Anamnese

② Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der Anamnese und ggf. des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung einschließlich der Beschwerden.

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen

③ Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei deren Durchführung haben kann. Bei Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung kann dies z. B. folgende Aktivitäten betreffen: Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, häusliches Leben organisieren.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogenessein in eine Lebens-situation, beispielsweise Teilhaben am Familienleben, an der Arbeitswelt oder am sozialen Umfeld. Beeinträchtigungen können beispielsweise Probleme beim Einkaufen, Kochen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein.

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation relevant sind

④ Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen sowohl externe (Umweltfaktoren) wie interne Einflussfaktoren (personbezogene Faktoren). Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf das Gesundheitsproblem haben.

Kontextfaktoren tragen zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung (z. B. ständiger Zeitdruck, finanzielle Sorgen). Bei Müttern und Vätern können die Kontextfaktoren aufgrund der Erziehungsverantwortung eine besondere mütter-/väter-spezifische Belastung entfalten und damit in eine mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation münden.

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

⑤ In den Unterabschnitten A. und B. werden die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimittel-/Heilmitteltherapie und andere Maßnahmen wie z. B. Patientenschulungen oder Rehabilitationssport/Funktionstraining erfragt.

Zudem soll bestätigt werden, dass das Behandlungsziel mit weiteren Heilmittelbehandlungen nicht zu erreichen ist. Dies bedeutet, dass eine generelle Heilmittelversorgung als auch das Weiterverordnen einer bestehenden Heilmittelversorgung dem Behandlungsziel nicht gerecht wird.

Die Dokumentation der bisherigen Maßnahmen zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten in Unterabschnitt B. soll noch einmal unterstreichen, dass mit den bisherigen Einzelmaßnahmen die Behandlungsziele nicht erreicht wurden bzw. erreicht werden können.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

5 A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

6 B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

6 IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

7 A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

Mütter-Leistung Väter-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung

8 B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

9 A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende _____

10 B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, Erläuterung _____

11 C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

12 D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum
 TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 64 Ba (10.2018)

IV. Vorsorgeziele

6 In diesem Abschnitt sind die Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen bzw. Kontext- und Risikofaktoren anzugeben (z. B. Erlernen von Bewältigungsstrategien, Vermeidung der Chronifizierung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsproblems).

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform

⑦ In diesem Unterabschnitt kann eine Leistungsform empfohlen werden, z. B. ausschließlich Mütter-Leistung oder als gemeinsame Mutter-Kind-Leistung.

Eine gemeinsame Mutter-/Vater-Kind-Leistung kommt in Betracht, wenn bei der Mutter/dem Vater eine eigene Vorsorgebedürftigkeit besteht und z. B.

- für das Kind eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, d. h. es behandlungsbedürftig ist oder bereits an einer chronischen Erkrankung leidet, eine Behinderung oder eine psychische Auffälligkeit aufweist und entsprechend dieser Beeinträchtigung(en) behandelt werden kann oder
- eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll oder
- psychosoziale Gründe vorliegen bzw. die Betreuung des Kindes sichergestellt werden muss.

Eine Mutter-/Vater-Kind-Leistung kommt nicht in Betracht, wenn beim Kind eine eigene Indikation zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorliegt. In diesen Fällen ist für das Kind eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der DRV oder GKV zu beantragen bzw. zu verordnen.

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

⑧ Sofern es sich um eine Mutter-Kind-Leistung bzw. Vater-Kind-Leistung handelt, sind an dieser Stelle der Name und das Geburtsdatum des Kindes anzugeben. Darüber hinaus ist anzukreuzen, aus welchem Grund (vgl. Pkt. ⑦) eine Aufnahme erfolgen soll.

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung

⑨ Hier sollen Angaben darüber gemacht werden, welche Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung gestellt werden, in der die Leistung zur medizinischen Vorsorge erfolgen soll (z. B. Klima, Barrierefreiheit, spezialisierte Therapieangebote, besondere Kostformen etc.). Ebenso können besondere Hinweise für mitaufzunehmende Kinder angegeben werden.

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist dringend medizinisch notwendig

⑩ In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Vorsorge vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von vier Jahren zwischen zwei Vorsorgeleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der vorsorgebegründenden Gesundheitsstörung/Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Vorsorge indiziert ist, oder eine andere Gesundheitsstörung/Erkrankung die Vorsorge begründet. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert erläutert werden.

C. Sonstige

⑪ In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise, die im Hinblick auf die indizierte Maßnahme von Bedeutung sind, gegeben werden, wie z. B. zur Reisefähigkeit oder zum Bestehen einer Schwangerschaft.

D. Rückruf erbeten

⑫ Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt hat hier die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten um z. B. vor einer Leistungsentscheidung der Krankenkassen noch weitere Informationen auszutauschen.

Muster 65: Ärztliches Attest Kind

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; color: red; font-size: 1.2em;">65</div> <h2 style="color: red; margin: 0;">Ärztliches Attest Kind</h2> <p style="color: red; font-size: 0.9em; margin: 0;">zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											

I. Kurze Angaben zur Anamnese

1

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

2

B. Erkrankungen

3 <input style="width: 95%;" type="text"/>	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

4

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

5

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

6

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

7 ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 65a (10.2018)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Auf dem Muster 65 bescheinigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Behandlungsnotwendigkeit von Kindern, die im Rahmen von Leistungen der medizinischen Vorsorge-/Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V in eine Vor-

sorge-/Rehabilitationseinrichtung mit aufgenommen werden sollen. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter sind auf dem Muster 64 zu verordnen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter sind auf dem Muster 61 zu verordnen. Diese Muster werden ebenfalls in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Besteht für das Kind ein eigener Rehabilitationsbedarf, so ist unter Berücksichtigung der gleichrangigen Zuständigkeit eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der DRV oder GKV zu beantragen bzw. zu verordnen.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Kurze Angaben zur Anamnese

① Dieser Abschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und ggf. des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung des Kindes einschließlich seiner Beschwerden.

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

Eine eigene Behandlungsnotwendigkeit kann aufgrund einer Gesundheitsstörung, Erkrankung, Behinderung oder psychischen Auffälligkeit des Kindes gegeben sein. Um die Behandlung des Kindes im Rahmen einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme sicher zu stellen, sind Angaben zu den vorliegenden Gesundheitsproblemen vorzunehmen.

A. Gesundheitsstörungen

② In diesem Unterabschnitt sind die Gesundheitsstörungen anzugeben (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten).

B. Erkrankungen

③ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden vorsorgerelevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Bewegungsmangel) sowie die vorsorgerelevanten Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Diagnosen sind als ICD-Codes zu verschlüsseln und können zusätzlich als Klartext angegeben werden. Um eine bessere Vorstellung davon zu erhalten, welche Einschränkungen im täglichen Leben aus der Erkrankung resultieren, können darüber hinaus Funktionsdiagnosen angegeben oder Freitextangaben gemacht werden.

C. Weitere relevante Informationen

④ Hier können weitere über II. A. (vgl. ②) und II. B. (vgl. ③) hinausgehende relevante Informationen, z. B. zu Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen sowie Pflegegrad, angegeben werden.

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

⑤ In diesem Abschnitt sollen die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimittel-/Heilmitteltherapie und andere Maßnahmen aufgeführt werden.

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

⑥ In diesem Abschnitt sind die empfohlenen Interventionen für das Kind während der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Mutter/des Vaters anzugeben (z. B. Ernährungsberatung, Mutter-Kind-Interaktion, Entspannungstherapie, Sport und Gesundheitstraining).

V. Hinweise für die Zuweisung

⑦ Hier sind Angaben darüber zu machen, welche Anforderungen im Einzelfall an die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gestellt werden, unter anderem auch um eine sachgerechte Behandlung des mitaufzunehmenden Kindes gewährleisten zu können (z. B. Klima, Barrierefreiheit, spezialisierte Therapieangebote, spezialisierte Fachkräfte, besondere Kostenformen etc.).

Muster 66 bis 69: unbesetzt

Muster 70: Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

Formularkopf:

Die Daten der Ehepartner sind in die mit den Geschlechtssymbolen gekennzeichneten Felder einzusetzen.

Positionen I-III:

1. Die Indikationen für IVF/EIFT gemäß 11.3 sind wie folgt abzubilden:

Z.n. Tubenamputation,
Tubenverschluss,
tubarer Funktionsverlust,
idiopathische Sterilität,
Subfertilität des Mannes,
immunologisch bedingte Sterilität.

Die Indikationen für GIFT gemäß 11.4 sind wie folgt abzubilden:

tubarer Funktionsverlust,
idiopathische Sterilität,
Subfertilität des Mannes.

Die Indikation für ICSI gemäß 11.5 ist abzubilden als:

männliche Fertilitätsstörung gemäß Nr. 11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung.

Die Indikationen für Inseminationen nach 10.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung sind wie folgt abzubilden:

somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie),
gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion,
Subfertilität des Mannes,
immunologisch bedingte Sterilität.

Die Indikationen für Inseminationen nach 10.2 sind wie folgt abzubilden:

Subfertilität des Mannes,
immunologisch bedingte Sterilität.

2. Die Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen ist anzugeben mit Anzahl der Versuche und Angabe der Methode nach 10.1-10.5 gemäß Richtlinien über künstliche Befruchtung (z.B. 5 x 10.1).

3. Sämtliche Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro getrennt für Mann und Frau anzugeben. Die Kostenschätzungen für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (z.B. HIV Test, humangenetische Untersuchungen) sind (unter III a) getrennt von den sonstigen pro Zyklusfall anfallenden Kosten (unter III b) anzugeben.
4. Für die Kostenschätzung der ärztlichen Behandlung sind die EBM Positionen anzugeben.

Die geschätzte Kostenspanne für die Gesamtkosten der ärztlichen Behandlung ist in Euro anzugeben, wobei der regional vereinbarte Punktwert zugrunde zu legen ist.

EBM Positionen, die bei den Methoden gemäß 10.1-10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung angegeben werden können, finden sich abschließend entsprechend der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Bereinigung der Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 3e SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V und zu den Leistungen der Sterilisation gemäß § 24b SGB V.

5. Der Verfahrensweg gestaltet sich wie folgt:
Der vollständig ausgefüllte Behandlungsplan mit Durchschlag wird dem zu behandelnden Ehepaar ausgehändigt. Das Paar legt den Behandlungsplan mit Durchschlag nacheinander beiden Krankenkassen zur Genehmigung vor. Die Genehmigungen werden auf Formular und Durchschlag erteilt. Das von beiden Kassen genehmigte Formular wird anschließend dem Arzt vorgelegt, der die Maßnahme der künstlichen Befruchtung durchführt. Der Arzt behält das Original und leitet den Durchschlag mit der ersten Abrechnung der Maßnahme an die Kassenärztliche Vereinigung weiter.

Muster 70A: Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

Über die Angaben in Muster 70 hinausgehend ist in Muster 70A folgendes einzutragen:

Formularkopf:

Das Datum des vorangegangenen Behandlungs- bzw. Folgeplans ist einzutragen.

Position II:

Die Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen ist anzugeben mit Anzahl der Versuche und Angabe der Methode nach 10.1-10.5 gemäß Richtlinien über künstliche Befruchtung. Zusätzlich ist die jeweilige Anzahl an Versuchen ohne Eintritt einer Schwangerschaft anzugeben.

Beispiel: 3 X 10.2, 1 X ohne Schwangerschaft

Muster 71 bis 84: unbesetzt

**Muster 85: Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des
Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V**

ohne Erläuterung

Muster 86: Weiterleitungsbogen für angeforderte Informationen an den MD

Haben die Krankenkassen für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V durch den MD Unterlagen beim Vertragsarzt angefordert, so übermittelt dieser die Unterlagen unmittelbar an den MD.

Die Krankenkasse fügt ihrem Anforderungsschreiben für die benötigten Unterlagen den vorausgefüllten Weiterleitungsbogen (Muster 86) bei. Der Weiterleitungsbogen dient sowohl der korrekten Adressierung des zuständigen MD als auch der automatisierten Zuordnung der übermittelten Unterlagen zum Versicherten. Er ist vollständig durch die zuständige Krankenkasse auszufüllen. Im gesamten Dokument ist für die Beschriftung der Textfelder entweder einheitlich die Schriftart Helvetica oder Arial anzuwenden; für die Adresse gilt Schriftgröße 11 pt., für den Absender gilt Schriftgröße 6 pt. und für alle weiteren Felder gilt Schriftgröße 10 pt.

Der Arzt fügt dem Weiterleitungsbogen die angeforderten Unterlagen in Kopie bei. Liegen dem Arzt die angeforderten oder andere in diesem Zusammenhang relevante Unterlagen nicht vor, so ist der Weiterleitungsbogen ohne Anlage oder gesonderte Kennzeichnung direkt an den MD zu versenden. Der Versand erfolgt im von den Krankenkassen nach § 62 Abs. 2 BMV-Ä zur Verfügung gestellten Freiumschlag, der mindestens das Format C5 hat. Der Freiumschlag darf ausschließlich im Zusammenhang mit Muster 86 genutzt werden; eine abweichende Nutzung ist unzulässig.

Für den Versand von Unterlagen an den MD ist zwingend der vorausgefüllte Weiterleitungsbogen zu nutzen, es sei denn, die Anforderung erfolgt direkt durch den MD oder die notwendigen Informationen für eine korrekte Adressierung und Zuordnung liegen anderweitig vor. Ein Versand der Unterlagen an den MD ohne Vorlage dieser Informationen ist unzulässig.

Liegen weitere für die Beurteilung durch den MD relevante Informationen oder Besonderheiten vor, können diese formlos dem Weiterleitungsbogen für den Gutachter beigelegt werden.

Muster 87 bis 99A unbesetzt